

Emilie Scholten Sjølie

«Nå føler jeg meg veldig klar egentlig»

En kvalitativ studie av ikke-profesjonelle utøvere sine opplevelser av veien tilbake til vridningsidrett etter fremre korsbåndsrekonstruksjon?

Masteroppgave i idrettsfysioterapi
Seksjon for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2021

Sammendrag

Bakgrunn: Mange idrettsutøvere som gjennomgår rekonstruksjon av fremre korsbånd (ACLR) ønsker å returnere til idrett (RTI). Dette er en krevende og langvarig oppgave hvor både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer spiller inn. Det er gjennomført få kvalitative studier og ingen norske studier som utforsker utøveres opplevelser etter ACLR. Det er av den grunn behov for økt kunnskap. Prosjektets problemstilling er som følger: «Hvordan opplever ikke-profesjonelle utøvere rekruttert fra en strukturert rehabilitering veien tilbake til vridningsidrett etter fremre korsbåndrekonstruksjon?».

Metode: Prosjektet hadde en fenomenologisk, induktiv og kvalitativ tilnærming. Data ble innhentet ved semistrukturerte intervjuer analysert med tematisk analyse. Utvalget besto av seks ikke-profesjonelle håndball- og fotballspillere som ønsket RTI. De inngikk i BEAST-studien sin intervensjonsgruppe og fulgte spesifikke kriterier og tester i rehabilitering og idrettsopptrapping. Resultatene ble drøftet i lys av den Biopsykososiale modellen, Selvbestemmelsesteorien og Antonovskys teori om sammenheng.

Resultater: Hovedtemaer avdekket i analysen var *mestring, tilhørighet, og trygghet og kompetanse*. Utøverne opplevde mestring i rehabiliteringen og RTI. Testing, idrettsopptrapping, tilhørighet til idretten og støtte fra fysioterapeuten var spesielt viktig for dem. Dette skapte en trygghet som gjorde at de kjente seg klar for RTI. Sosial støtte fra andre var av mer varierende betydning. De kunne oppleve økt oppmerksomhet i idrettsspesifikke situasjoner og reduserte prestasjoner, men hadde troen på at dette ville normaliseres med økende erfaring i idrettsopptrapping og kamper.

Drøfting: Utøverne opplevde en balanse mellom autonomi og faste rammer i en individualisert, progressiv og målorientert rehabilitering. Dette resulterte i mestring og kompetanseheving som bidro til indre motivasjon, en opplevelse av sammenheng og personlig vekst. Opplevelse av tilhørighet varierte; fysioterapeuten og fellesskapet i idretten var viktig for samtlige, mens trenerens rolle var todelt og få trenere deltok i RTI-avgjørelsene. Som følge av erfaringer gjennom rehabiliteringen utviklet utøverne trygghet på kneet og på egen kompetanse. Sammen med bekreftelse fra fysioterapeuten, måloppnåelse og tester gjorde dette det mulig å returnere til idrett uten frykt og med troen på egne evner til å prestere.

Forord

Masterprosjektet er avslutningen på mastergradsstudiet i idrettsfysioterapi og to fine år på NIH. Studietiden har vært utrolig lærerik, og å studere etter noen år i jobb har vært en avgjørelse jeg aldri har angret på. Det har vært inspirerende å få innsikt i det idrettsmedisinske miljøet gjennom engasjerte forelesere og praksisveiledere på NIMI. Jeg sitter igjen med ny kunnskap jeg tar med meg videre i hverdagen som fysioterapeut.

Jeg vil først takke for at jeg har fått lov til å ta del i BEAST-studien. Det har vært lærerikt å få et innblikk i hva denne studien innebærer og mitt prosjekt hadde ikke vært mulig uten arbeidet til prosjektgruppen i BEAST. En spesiell takk mine veiledere Hege Grindem og Gro Rugseth for gode råd og tilbakemeldinger. Dere har vært viktige sparringspartnere og inspirert med hver deres unike erfaring og kunnskap.

Videre vil jeg rette en stor takk til de seks utøverne som åpent og ærlig delte sine erfaringer. Jeg har med stor ydmykhet forsøkt å forvalte deres opplevelser på en god måte og er evig takknemlig for deres bidrag.

Jeg ønsker også å takke mine medstudenter som har bidratt til en fin studietid, både faglig og sosialt. De sosiale sammenkomstene har blitt færre enn vi ønsket på grunn av pandemien, men desto mer ettertraktet når det har latt seg gjøre. Hyggelige lunsjer med 2-meters avstand holdt også motet oppe under masteroppgaveinnspurten.

Til slutt vil jeg takke venner og familie for oppmuntring underveis i studietiden og for at dere bidrar til at hverdagen ellers er så fin. En spesiell takk Henriette og Kent Håkan for hjelp med oppgaven.

Emilie Scholten Sjølie

Oslo, mai 2021

Innhold

Sammendrag	3
Forord.....	4
Innhold	5
1. Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for masterprosjektet	8
1.2 Masterprosjektets formål	9
1.3 Problemstilling.....	9
1.4 Covid-19 sin betydning for masterprosjektet.....	10
1.5 Masteroppgavens disposisjon.....	10
2. Bakgrunnskunnskap og forskning på fremre korbåndsskader	11
2.1 Anatomi og funksjon.....	11
2.2 Etiologi	11
2.3 Konsekvenser av fremre korbåndsskader og rekonstruksjon	12
2.4 Behandling av fremre korbåndsskader	13
2.4.1 Rekonstruksjon av fremre korbånd	13
2.4.2 Rehabilitering etter ACLR.....	14
2.4.3 Retur til idrett.....	14
2.5 Faktorer av relevans for rehabilitering og RTI til etter ACLR.....	16
2.5.1 Knefunksjon.....	17
2.5.2 Rehabilitering og medisinsk oppfølging.....	18
2.5.3 Motivasjon	19
2.5.4 Selvtillit og mestringstro.....	22
2.5.5 Risiko, usikkerhet og frykt.....	24
2.5.6 Sosiale faktorer	27
3. Masterprosjektets teoretiske rammeverk	29
3.1 Et biopsykososialt perspektiv.....	29
3.1.1 Selvbestemmelsesteorien	30
3.1.2 Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng	32
4. Metode	34
4.1 Design	34

4.2	Forskerens forforståelse	35
4.3	Utvalg og rekruttering	36
4.3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier	36
4.3.2	Rekrutteringsprosess	36
4.3	Prosedyre	37
4.3.1	Intervjuguide og pilotintervjuer	37
4.3.2	Intervjuer	37
4.3.3	Datahåndtering og transkribering	38
4.3.4	Analyse	39
4.4	Etiske overveielser	39
4.4.1	Etisk godkjenning	40
4.4.2	Personvern, konfidensialitet og datasikkerhet	40
4.4.3	Informert samtykke	40
4.4.4	Referansestil	41
4.4.5	Etiske overveielser i kvalitativ forskning	41
4.5	Drøfting av metodiske kvaliteter	41
4.5.1	Validitet	42
4.5.2	Reliabilitet	45
4.5.3	Forskerrolle og objektivitet	47
5.	Resultat	48
5.1	Opplevelsen av rehabiliteringen og veien tilbake til idrett	49
5.1.1	Hovedtema 1: Mestring	50
5.1.2	Hovedtema 2: Tilhørighet	55
5.1.3	Hovedtema 3: Trygghet og kompetanse	58
5.1.4	Oppsummering av resultater	61
6.	Diskusjon	62
6.1	Autonomi i rehabilitering og RTI	62
6.1.1	Selvstendighet i behandlingsvalg og ønske om RTI	63
6.1.2	Autonomi i rehabiliteringen	64
6.1.3	Utfordringer av betydning for utøvernes autonomi	66
6.1.4	Autonomi i RTI-avgjørelser	66
6.2	Utøvernes opplevelse av egen kompetanse	68
6.2.1	Individuell gradert eksponering, progresjon og testing	69
6.2.2	Økt kompetanse som bakgrunn for personlig utvikling og vekst	70
6.2.3	Kompetent for retur til idrett	71
6.2.4	Ambivalens mellom trygghet og økt oppmerksomhet	72
6.2.5	Idrettslige kompetanse ved RTI	73
6.3	Betydning av tilhørighet for rehabilitering og RTI	73
6.3.1	Verdien av støtte utenfor idretten	74
6.3.2	Treneres tilrettelegging for tilhørighet i rehabilitering og RTI	75
6.3.3	Felleskap og tilhørighet til laget i rehabilitering og RTI	76
6.3.4	Likemenn: tilhørighet og sammenligning	77
6.4	Refleksjon rundt studiens styrker og begrensinger	77
6.4.1	Forskerrollen	78

6.5	Klinisk betydning og videre forskning	80
7.	Konklusjon	81
	Referanser	82
	Tabelloversikt	91
	Vedlegg	92
	Vedlegg 1: Metodologiske kvalitet ved inkluderte kvalitative studier	92
	Vedlegg 2: Mål og resultater ved inkluderte kvalitative studier	93
	Vedlegg 3: Intervjuguider	96
	Vedlegg 4: Informert samtykke	98
	Vedlegg 5: REK-godkjenning.....	100
	Vedlegg 6: NSD-godkjenning	102

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for masterprosjektet

Denne oppgaven er skrevet som en del av mastergraden i idrettsfysioterapi ved Norges Idrettshøgskole (NIH) og som en kvalitativ del av den prospektive kohortstudien «Bedre og tryggere retur til idrett etter fremre korsbåndrekonstruksjon» (BEAST). Oppgaven bygger på semistrukturerte intervjuer med seks utøvere etter rekonstruksjon av fremre korsbånd (ACLR). Utøverne hadde et sterkt ønske om retur til idrett (RTI), og inngikk i intervensjonsgruppen til BEAST hvor de blant annet gjennomførte muskelstyrke og hinketester samt fulgte spesifikke kriterier for rehabilitering og opptrapping av idrett.

Totalruptur av fremre korsbånd (ACL) er vanlig i vridningsidretter som håndball og fotball (Moksnes, Snyder-Mackler & Risberg, 2008), og rammer årlig ca. 4000 personer i Norge (Granan, Engebretsen & Bahr, 2004). Skaden kan ha langvarige negative psykiske og fysiske konsekvenser (Filbay & Grindem, 2019). Mange behandles operativt med ACLR for å gjenvinne knestabilitet (Ardern, Webster, Taylor & Feller, 2011), og det ble i 2017 registrert 1860 primære ACLR i Norge (Visnes & Kroken, 2019). Spesielt gjelder dette utøvere med instabilitetsfølelse eller med mål om RTI (Grindem, Eitzen, Engebretsen, Snyder-Mackler & Risberg, 2014; Nwachukwu et al., 2019). ACLR etterfølges av en langvarig rehabilitering for å gjenvinne fysisk funksjon tilstrekkelig for RTI for de som har dette som mål (Ardern, Webster, et al., 2011). Hovedmålet er å gjenvinne knefunksjon gjennom økt muskelstyrke og bevegelighet, reduksjon av smerte og hevelse, bedre proprioepsjon og bevegelsesstrategier samt å adressere psykologiske aspekter (Brukner et al., 2017; Cavanaugh & Powers, 2017; van Melick et al., 2016)

RTI-begrepet er komplekst, men innebærer på et overordnede nivå at utøver kommer tilbake til tidligere grad av idrettsdeltakelse (Ardern, Österberg, et al., 2014; Nwachukwu et al., 2019). Til tross for gode resultater ved ACLR og rehabilitering, returnerer kun 55% til konkurranse (Ardern, Taylor, Feller & Webster, 2014). Det er økende evidens for at psykososiale faktorer spiller en viktig rolle i dette, i tillegg er det ikke alltid overensstemmelse mellom psykisk og fysisk følelse av å være klar for RTI (Burland et al., 2018; Everhart, Best & Flanigan, 2015). Det er gjennomført få

kvalitative studier på utøveres opplevelser ved ACLR og RTI. Det er ikke tidligere publisert norske studier på feltet og heller ingen studier på ikke-profesjonelle utøvere som mottar rehabilitering like omfattende som deltakerne i BEAST. Det av den grunn behov for mer dyptgående innsikt i pasientgruppens refleksjoner med bakgrunn i kunnskap fra kvalitativ forskning.

Interessen for dette feltet springer ut av min bakgrunn som fysioterapeut hvor jeg har møtt mange idrettsutøvere som gjennomgår ACLR. Som kliniker er dette en spennende og utfordrende pasientgruppe å følge. Rehabiliteringen strekker seg over lang tid, og jeg har fått innsikt i en rekke av de utfordringene utøverne møter på i denne prosessen. I den forbindelse har økt kunnskap om de ulike aspektene av betydning for retur vært et savn. Der fysioterapiutdanningen og forskningen i stor grad har vært preget av fysisk oppfølging av disse pasientene, har jeg erfart hvordan bildet er mer komplekst. Disse erfaringene har motivert meg til å utforske temaet videre.

1.2 Masterprosjektets formål

Formålet med masterprosjektet var å få innsikt i hvilke opplevelser ikke-profesjonelle utøvere har gjennom en strukturert rehabilitering etter ACLR, i overgangen til idrettsspesifikk trening og konkurranse samt deres tanker rundt å være klar for retur til vridningsidrett. Hensikten var å gi en bred innsikt i tema for å utfylle tidligere kvantitativ og kvalitativ forskning. Dette vil også kunne avdekke områder med behov for ytterligere kunnskap som kan utforskes videre i fremtidige studier. Innsikten fra prosjektet kan bidra til å fremme klinikere sin mulighet til å gi en bedre og tryggere oppfølging. Utøverne vil slik kunne få en mer helhetlig og individualisert rehabilitering som tar hensyn til flere aspekter i prosessen de går gjennom. Dette kan gi en oppfølging av høyere kvalitet og hjelpe flere tilbake til idrett på en trygg måte.

1.3 Problemstilling

Prosjektets overordnede problemstilling var «hvordan opplever ikke-profesjonelle utøvere rekruttert fra en strukturert rehabilitering veien tilbake til vridningsidrett etter fremre korsbåndsrekonstruksjon?». I besvarelsen av problemstillingen ønsket jeg også innsikt i hva som har betydning for utøvernes opplevelse av å være klar for RTI.

1.4 Covid-19 sin betydning for masterprosjektet

Masterprosjektet ble i sin helhet gjennomført under pågående Covid-19 pandemi. Dette hadde konsekvenser for meg som student og ikke minst for deltakernes rehabilitering. For min egen del har det i perioder vært utfordrende med redusert tilgang til NIH sine ressurser under arbeidet, eksempelvis tilgang til lesesal, litteratur og IT-støtte. Studenttilværelsen under en pandemi krever stor selvstendighet med redusert mulighet for faglige diskusjoner og støtte. I tillegg hadde det innvirkning på praksisperioden vi som masterstudenter i idrettsfysioterapi har underveis i studieåret. Restriksjoner og arbeidsmengde i disse tre månedene utgjorde en større belastning enn forventet. Gjennom praksisperioden fikk jeg mulighet til å bistå i oppfølging av en utøver som fulgte BEAST-protokollen, og fikk innsikt i opplevelse av intervensjonen på ukentlig basis fra en utøver utenfor masterprosjektet. Samtidig satte restriksjonene begrensninger for at jeg i praksisperioden kunne hospitere internt på klinikken, og slik sett kunne fått større innsikt gjennom flere utøvers opplevelser. For utvalget sin del hadde Covid-19 stor innvirkning på deres rehabilitering og mulighet for idrettsdeltakelse. Detaljer rundt dette står beskrevet i metodekapittelet. Å si noe om personlige konsekvensene av pandemien for den enkelte av deltakeren er vanskelig, men å leve under så strenge restriksjoner over tid vil naturlig ha hatt stor innvirkning på deres liv. Overordnet gjorde utfordringene relatert til Covid-19 at utvalget var i en posisjon uten sammenligning med hva utøvere i tidligere forskning har måttet håndtere.

1.5 Masteroppgavens disposisjon

Kapittel to inneholder en oversikt over forskning på ACL-skader og ACLR for å gi bakgrunnskunnskap tilstrekkelig til forståelse og tolkning av resultatene. Herunder vil jeg redegjøre for den kvalitative forskningen på feltet. Kapittel tre beskriver hvilke teorier jeg har anvendt i analyse av resultatene og utgjør masterprosjektets teoretiske rammeverk. Kapittel fire redegjør for metode og fremgangsmåte, herunder etiske hensyn samt diskusjon av metodologisk kvalitet. Kapittel fem tar for seg resultatene fra prosjektet basert på hovedtemaer og undertemaer med illustrasjoner i form av sitater fra utøverne. I kapittel seks drøfter jeg resultatene i lys av valgte teoretiske perspektiver og opp mot tidligere forskning på feltet. Innunder dette ligger også drøfting av studiens styrker og begrensninger, kliniske implikasjoner og videre forskning. Kapittel syv består av oppgavens konklusjon. Deretter følger litteraturliste og relevante vedlegg.

2. Bakgrunnskunnskap og forskning på fremre korsbåndsskader

For å forstå deltakernes perspektiver er det relevant med bakgrunnskunnskap om hva de gjennomgår. Jeg vil i dette kapittelet gi en oversikt over hva en ACL-skade og ACLR innebærer for de som ønsker RTI, og redegjøre for den kvalitative forskningen på feltet.

2.1 Anatomi og funksjon

Kneleddet dannes av tibia og femurs leddflater og omslutes av leddkapsel, muskulatur, senevev og ligamenter avgjørende for stabilitet og bevegelse. Leddbevegelsen i kneet er fleksjon og ekstensjon, med en liten evne til innad- og utadrotasjon av tibia. I tillegg danner kneet en stabil base for andre bevegelser. Spesielt relevant for stabilitet er korsbåndene, hvor fremre korsbånd (ACL) hindrer at tibia glir frem og kontrollerer rotasjonsbevegelser av tibia i forhold til femur (Brukner et al., 2017; Dahl & Rinvik, 2010). I tillegg inneholder ACL ulike mekanoreseptorer som gir informasjon til sentralnervesystemet om leddets stilling og bevegelse (Ingersoll, Grindstaff, Pietrosimone & Hart, 2008; Krogsgaard, Dyhre-Poulsen & Fischer-Rasmussen, 2002). ACL har slik stor betydning for knekontroll i aktiviteter med hopp, retningsforandring, rotasjoner, start og stopp (Brukner et al., 2017; Dahl & Rinvik, 2010).

2.2 Etiologi

ACL-rupturer rammer årlig ca. 4000 personer i Norge (Granan et al., 2004) og har en insidens på 81 per 100 000 i aldersgruppen 10-64 år i Europa (Frobell, Lohmander & Roos, 2007). Det er 2,4-9,7 ganger høyere insidens blant kvinner (Brukner et al., 2017), og idretter som basketball, fotball, volleyball, håndball, turn, ski og kampsport har høyest risiko (Ristić, Ninković, Harhaji & Milankov, 2010). I Norge skjer en stor andel av skadene innen fotball (60%) og alpint (8%) blant gutter, og innen fotball (52%) og håndball (39%) blant jenter (Visnes & Kroken, 2019). Vi ser også en økt skaderisiko i konkurranse sammenlignet med i trening (Joseph et al., 2013; Waldén, Hägglund, Magnusson & Ekstrand, 2011). I ballidrett er bevegelse sideveis og ettbeinslanding de vanligste skademekanismene med kneet utadrottert, i 10-30 graders fleksjon og med valgus (Brukner et al., 2017). Omkring halvparten av alle ACL-skader i Norge opereres

med rekonstruksjon (ACLR), og tall fra det Nasjonale korsbåndregisteret viser at det i 2017 ble registrert 1860 primære ACLR (Granan et al., 2004; Visnes & Kroken, 2019).

2.3 Konsekvenser av fremre korsbåndsskader og rekonstruksjon

ACL-skader er belastende både på samfunns og individnivå. Etter skaden angir mange vedvarende plager fra kneet i form av smerte og hevelse (Filbay & Grindem, 2019) og beskriver redusert livskvalitet (Filbay, Culvenor, Ackerman, Russell & Crossley, 2015). Skaden kan gjøre det vanskelig å opprettholde aktivitetsnivå og bidrar til at flere slutter med idrett (Granan et al., 2004; Wojtys & Brower, 2010). Ardern, Taylor, et al. (2014) fant i sin systematiske gjennomgang og metaanalyse at 81% returnerer til deltakelse i idrett, 65% til pre-skadenivå og 55% til konkurranseidrett etter ACLR. To norske studier så RTI-andel i perioden 1-3 år etter ACLR blant ikke-profesjonelle utøvere innen vridningsidrett. Her hadde 59% returnert til trening, 47% til kamp og 46% deltok i sin respektive idrett (Hogganvik, 2019), og blant de som valgte ACLR på bakgrunn av ønske om RTI hadde henholdsvis 50%, 55 % og 27% returnert til idrett ett, tre og fem år etter operasjon (Pedersen, 2017). Menn og eliteutøvere har større sjanse for å returnere til tidligere nivå (Ardern, Taylor, et al., 2014; Lai, Ardern, Feller & Webster, 2018). I tillegg kan ung alder være en fordel for retur til idrett (Ardern, Taylor, Feller & Webster, 2011; Ardern, Taylor, et al., 2014; Kay et al., 2018).

Av de som returnerer opplever en del redusert prestasjon (Ardern, Webster, et al., 2011; Mohtadi & Chan, 2018; Sandon, Werner & Forssblad, 2015). Det er også økt risiko for ytterligere kneskader, der 3-22% får en re-skade av ACL og 3-24% får en ACL-skade på kontralateral side de første fem årene etter ACLR (van Melick et al., 2016). I tillegg øker risikoen for utvikling av kneartrose. Ved rene ACL-skader er det en oddsratio på 4,2 for kneartrose sammenlignet med skadefrie knær (Poulsen et al., 2019) og ved oppfølging etter 10-20 år har 50% røntgenpåvist artrose (Lohmander, Englund, Dahl & Roos, 2007). Med høy skadeforekomst blant unge (Visnes & Kroken, 2019), kan dette gi tidlig utvikling av symptomer og allerede fra i 30-50-årene (Lohmander et al., 2007; Poulsen et al., 2019). Innsettelse av kneprotese i forholdsvis ung alder kan dermed bli en aktualitet (Leroux et al., 2014). ACL-skader er kostbart gjennom utgifter knyttet til operasjon, rehabilitering og sykefravær i tillegg til håndtering av fremtidige kneplager og innsettelse av kneprotese (Granan et al., 2004). I Norge har dette blitt estimert til

over en milliard kroner årlig i 2002 (Myklebust & Risberg, 2002). I tillegg får omkring 3% komplikasjoner i forbindelse med operasjon (Visnes & Kroken, 2019), og Norsk pasientskadeerstatning utbetalte i perioden 2005-2015 21,6 millioner kroner grunnet komplikasjoner etter ACLR (Randsborg, Bukholm & Jakobsen, 2018).

2.4 Behandling av fremre korsbåndsskader

Hensikten med behandling av ACL-skader er å gjenvinne knefunksjon, adressere psykologiske barrierer for videre deltakelse i aktivitet og å forebygge ytterligere og fremtidig skader herunder re-skader og utvikling av artrose (Filbay & Grindem, 2019). Optimal behandling av ACL-skader er likevel ikke kjent, og ytterligere studier av høy kvalitet er nødvendig (Brukner et al., 2017). Det foreligger av den grunn tre behandlingsmuligheter etter en ACL-ruptur: 1) rehabilitering som førstelinjetiltak med ACLR hos de som utvikler funksjonell instabilitet, 2) ACLR og postoperativ rehabilitering og 3) preoperativ rehabilitering etterfulgt av ACLR og postoperativ rehabilitering. Håndtering av skaden krever stor pasientinnsats, og pasientens ønsker bør inkluderes i behandlingsvalg. Helsepersonell må gi tilstrekkelig og evidensbasert informasjon om behandlingstilnærmingene, prognose og konsekvenser slik at pasientene kan ta veloverveide valg (Filbay & Grindem, 2019).

2.4.1 Rekonstruksjon av fremre korsbånd

Indikasjon for ACLR er funksjonell instabilitet (Filbay & Grindem, 2019), videre vil de med mer komplekse kneskader (Kvist, 2004) og de som ønsker å fortsette med vridningsidrett i større grad anbefales operasjon (Brukner et al., 2017; Eitzen, Moksnes, Øiestad & Risberg, 2008). Ved ACLR erstattes det skadede korsbåndet artroskopisk med et ligamentgraft for å gjenvinne kneets mekaniske stabilitet (Beaufils et al., 2009; Myklebust & Bahr, 2005). I Norge benyttes autograft fra pasientens ipsilaterale patellasene (BPTB-graft) eller mediale hamstringssene hos ca. 90 % (Visnes & Kroken, 2019). Grafttypene har tilnærmet lik RTI-rate (Ardern, Taylor, et al. (2014), og kun minimale forskjeller i antall re-rupturer (Samuelsen, Webster, Johnson, Hewett & Krych, 2017). Graftvalg bør være individuelle og koordinert med pasientrelaterte faktorer og preferanser samt kirurgens erfaring og kompetanse (Kurz et al., 2017).

2.4.2 Rehabilitering etter ACLR

Rehabilitering defineres som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» ((St.meld. nr. 21 (1998-99)). For mange med ACL-skader innebærer dette deltakelse i idrett. Rehabilitering ved ACLR består av fem faser: preoperativ, akutt, mellomliggende, sen og forebyggende fase (Filbay & Grindem, 2019). Det er ikke klare anbefalinger vedrørende hva som gjør at utøveren går fra en fase til neste (van Melick et al., 2016), men rehabiliteringen bør være individualisert og kriteriebasert med jevn progresjon og konkrete mål. Slik skjer fremdriften i takt med den funksjonelle og biologiske kapasiteten til kneet og utøvers håndtering av situasjonen (Filbay & Grindem, 2019). Hovedmålet er gjenvinnelse av knefunksjon gjennom økt muskelstyrke og bevegelighet, reduksjon av smerte og hevelse samt bedre proprioepsjon og bevegelsesstrategier (Brukner et al., 2017; Cavanaugh & Powers, 2017; van Melick et al., 2016). Smerte og hevelse er viktige markører på kneets fysiske respons på belastningsøkningen (Adams, Logerstedt, Hunter-Giordano, Axe & Snyder-Mackler, 2012). Psykososiale utfordringer bør også adresseres med individuelle tiltak ved behov (Brukner et al., 2017).

For de som ønsker RTI innlemmes gradvis idrettsspesifikk aktivitet i rehabiliteringens siste faser. Et eksempel på retningslinjer for en gradert RTI-prosess er Blanchard og Glasgow (2014b) sin teoretiske modell for progresjon. Før retur til konkurranse trener utøver på aspekter ved den opprinnelige skadesituasjonen og idrettens utfordringer i et kontrollert miljø. Deretter økes kompleksitet ved arbeidsoppgavene gradvis mot å favne alle faktorer RTI innebærer. Gjennom økende erfaringer med idrettsrelevante bevegelser blir utøveren bedre rustet fysisk og mentalt for RTI (Cavanaugh & Powers, 2017; Filbay & Grindem, 2019).

2.4.3 Retur til idrett

I den sene fasen av rehabiliteringen melder spørsmålet om tidspunkt for full deltakelse og retur til konkurranse seg (van Melick et al., 2016). Det foreligger flere definisjoner av hva RTI-begrepet innebærer, men de siste årene har RTI i større grad blitt beskrevet som en gradvis prosess uten et tydelig definert tidspunkt, og en consensus statement fra 2016 foreslår RTI som et kontinuum bestående av tre faser: 1) retur til deltakelse i alle

typer aktiviteter, 2) retur til tidligere idrett men med redusert prestasjonsnivå og 3) retur til prestasjon på samme eller høyere nivå enn tidligere (Arderne et al., 2016).

Kriteriebasert retur til idrett

Hos de som ønsker å returnere til vridningsidrett etter ACLR legges tre kriterier til grunn; at utøveren er 1) fysisk klar, 2) mentalt klar og 3) at det har gått tilstrekkelig tid siden operasjon med hensyn til biologisk tilheling (Filbay & Grindem, 2019). Utøverens evner og ferdigheter veies opp mot idrettens krav (McCall, Lewin, O'Driscoll, Witvrouw & Arderne, 2017), og innebærer fysiske og psykologiske aspekter, skadekaraktistikk, sosiodemografiske faktorer, samt konsensus i utøvers, treners og fysioterapeutens mening (Wiese-Bjornstal, 2010). Gjensidig tillit mellom utøver, trener og fysioterapeut er viktig, og felles avgjørelser for om utøveren er klar for stegene mot retur er en dynamisk prosess (Brukner et al., 2017). Vi har de senere årene fått økt kunnskap og retningslinjer som guider oss i RTI-avgjørelser. Dette er likevel komplekst, i tillegg er ikke alltid forskning og praksis i overensstemmelse (McCall et al., 2017).

I henhold til nevnte RTI-kriterier bør utøver bestå fysiske tester, og RTI bør skje tidligst ved ni måneder postoperativ (Filbay & Grindem, 2019). Å bestå en kombinasjon av isokinetiske styrketester for quadriceps og hinketester med fastsatte RTI-verdier er assosiert med færre re-skader (Ashigbi, Banzer & Niederer, 2020). Ofte settes RTI-kriteriene til en score på $\geq 90\%$ av motsatt ben (Losciale, Zdeb, Ledbetter, Reiman & Sell, 2019). Det er likevel stor variasjon i hva som gjøres i forskning og klinisk praksis, og ikke alle utøvere gjennomfører testing før RTI. Burgi et al. (2019) beskrev omfanget av testbruk basert på 209 studier og fant at 85% av studiene brukte tid som kriterium, 41% brukte styrketester, 16 ulike hinketester ble brukt i 13% av studiene, 26% brukte klinisk undersøkelse, og 20% brukte prestasjonsbaserte kriterier.

En rekke spørreskjemaer er egnet for vurdering av utøverens opplevelse av funksjon og psykologisk status etter ACLR (Davies, McCarty, Provencher & Manske, 2017), likevel fant Burgi et al. (2019) at kun 12% brukte spørreskjemaer i oppfølging av denne pasientgruppen. Anterior cruciate ligament—return to sport after injury scale (ACL-RSI) er spesielt utviklet for de som gjennomgår ACLR. ACL-RSI er et selvrappert spørreskjema som måler psykologiske aspekter ved RTI i form av selvtillit, emosjoner og opplevd risiko (Webster, Feller & Lambros, 2008). Utøveren får en totalscore på

«psychological readiness» på maksimalt 100 poeng (Webster et al., 2008). Høy score er fordelaktig for RTI da psychological readiness innebærer en persons psykologiske forutsetninger for å mestre retur på en god måte (Webster et al., 2008). Lav score kan avdekke utøvere med behov for ytterligere bistand tilknyttet psykologiske aspekter (Arder, Taylor, et al., 2014). En score mellom 50 og 60 poeng ser ut til å skille de som returnerer og ikke (Müller, Krüger-Franke, Schmidt & Rosemeyer, 2015; Sadeqi et al., 2018), og scoren øker signifikant gjennom rehabiliteringen, ved idrettsopptrapping og etter RTI (Sadeqi et al., 2018). ACL-RSI er totalt sett det spørreskjemaet med høyeste kvalitet for denne pasientgruppen (Gagnier, Shen & Huang, 2018). Det viser god reliabilitet (Webster et al., 2008) og validitet ved at utøvere som ikke returnerer scorer signifikant lavere enn de som returnerer (Gagnier et al., 2018; Sadeqi et al., 2018; Webster et al., 2008). Dette gjelder også den norske oversettelsen (Faleide et al., 2020).

2.5 Faktorer av relevans for rehabilitering og RTI til etter ACLR

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for forskning på faktorer av betydning for rehabilitering og RTI etter ACLR med hovedvekt på kvalitative studier funnet i litteraturgjennomgangen. Enkelte begreper med tilhørende teoretisk bakgrunn vil redegjøres for i kapittel tre som beskriver prosjektets teoretiske rammeverk.

Jeg gjennomførte litteratursøk i PubMed for å få oversikt over det kvalitative forskningsgrunnlaget på feltet. Jeg brukte søkeordene: «anterior cruciate ligament» AND «qualitative» OR «interview». Dette frembrakte 196 funn. Jeg gjennomgikk søket og plukket ut relevante studier som ble gjennomgått i abstraktformat, deretter i fulltekst hvis dette var tilgjengelig. I tillegg gikk jeg gjennom referanselister til relevante studier. Arder, Hooper, O'Halloran, Webster og Kvist (2021) sin systematisering av den kvalitative forskningen på feltet var også et nyttig bidrag i litteraturgjennomgangen. Jeg identifiserte totalt 22 studier med stor variasjon i metode. Disse beskrev erfaringene til over 235 utøvere, 99 kvinner og 119 menn (to studier beskrev ikke kjønnsfordeling). Utøverne var både profesjonelle og ikke-profesjonelle, med alder fra 11-52 år med hovedvekt på ungdommer og unge voksne. Det var variasjon med hensyn til om utøverne hadde returnert eller ikke, og hvor lenge etter operasjon de ble intervjuet. Det var også variasjon i studienes målsetninger; enkelte fokuserte på spesifikke temaer som frykt eller barrierer for RTI, andre hadde en åpen vinkling med mål om å beskrive

rehabilitering og RTI-prosessen. Noen fokuserte også på utøvere med knesyntomer, spesifikke idretter eller inkluderte foreldrene til unge utøvere. Majoriteten bruke semistrukturerte intervjuer, men spørreskjemaer med åpne spørsmål og blandede metoder ble også brukt. Ytterligere detaljer rundt kvalitative studier inkludert i oppgaven er oppgitt i vedlegg 1 og 2.

2.5.1 Knefunksjon

Gjenoppretting av fysisk funksjon etter ACLR er viktig fordi utøverne må ha tilstrekkelig styrke og kontroll til å håndtere idrettens fysiske krav på en trygg måte (Arden, 2015). De med normal knefunksjon har vist en nesten dobbelt så høy odds for retur til tidligere nivå sammenlignet med de med tilnærmet normal, redusert eller betydelig redusert knefunksjon (Arden, Taylor, et al., 2014). Det er også funnet en svak assosiasjon mellom evne til RTI høyere quadricepsstyrke, mindre smerte og hevelse, og bedre selvrappert knefunksjon (Czuppon, Racette, Klein & Harris-Hayes, 2014). Hvilken rolle de ulike dimensjonene av knefunksjon har for evne til RTI er imidlertid fortsatt usikker (Arden, Taylor, et al., 2014). Metodologiske ulikheter gjør det vanskelig å sammenfatte forskning på feltet og videre forskning er nødvendig (C. A. Ross, Clifford & Louw, 2015).

Langt fra alle oppnår tilstrekkelig knefunksjon før RTI, spesielt ikke-profesjonelle utøvere som oftere får oppfølging av lavere kvalitet og kortere varighet (Beischer, Hamrin Senorski, Thomeé, Samuelsson & Thomeé, 2018; Miller, Christensen & Burns, 2017; Toole et al., 2017). Blant de som mottar mangelfull rehabilitering er kun 31% vist å oppnå symmetrisk quadricepsstyrke 12 måneder postoperativt (Ebert et al., 2018). Tilsvarende tall hos de som mottar rehabilitering av høy kvalitet er 79% (Logerstedt, Lynch, Axe & Snyder-Mackler, 2013). En rehabilitering av høy kvalitet for å gjenopprette muskelstyrke samt testing av knefunksjon før utøverne utsettes for høyrisikoaktivitet i idrett er av den grunn anbefalt (Kyritsis, 2016). Dette er i kvalitative studier vist å gi utøverne trygghet på at kneet tåler belastningen aktiviteten krever og kan slik forebygge frykt, fremme selvtillit og mestringstro (Carson & Polman, 2008; Carson & Polman, 2012; Kunnen, Dionigi, Litchfield & Moreland, 2019; Mahood, Perry, Gallagher & Sole, 2020; Paterno et al., 2019). Totalt sett vil dette øke sjansene for RTI. På motsatt side er redusert knefunksjon med smerte og ustabilitet vist å være barrierer for RTI (Nordahl, Sjöström, Westin, Werner & Alricsson, 2014). Til tross for

at knefunksjon virker å ha relevans for evne til retur, er det mange som ikke returnerer selv med et godt fungerende kne. Det er økende evidens for at psykososiale faktorer kan ha en betydning i dette (Arderm, Taylor, et al., 2014). Eksempelvis har psykologiske faktorer vist en sammenheng med postoperative utfall etter ACLR (Everhart et al., 2015), og 64,7% av de som ikke returnerer oppgir psykologiske årsaker til dette (Nwachukwu et al., 2019).

2.5.2 Rehabilitering og medisinsk oppfølging

Rehabiliteringen bør inneholde fysiske og psykiske strategier (Gill & Nagi, 2016) med råd/veiledning samt planer og målsetninger med progresjon tilpasset enkeltindividet og idrettens særpreg. Dette bidrar til optimalisering av knefunksjon, fremmer selvtillit, mestring og motivasjon, reduserer frykt og bekymringer, og øker totalt sett utøverens muligheter for suksessfull RTI (Blanchard & Glasgow, 2014a; Everhart et al., 2015; Filbay & Grindem, 2019). von Aesch, Perry og Sole (2016) intervjuet fysioterapeuter med ekspertise på oppfølging av ACL-pasienter for å undersøke deres erfaringer med pasientgruppen. Terapeutene brukte en biopsykososial og evidensbasert tilnærming i sitt arbeid, men opplevde optimalisering av treningsdose, varigheten av RTI-prosessen, tverrfaglig samarbeid og tungvinte henvisningsrutiner som utfordrende. Oppfølging av disse pasientene med alle aspekter rehabiliteringen skal inneholde er med andre ord krevende, selv for de med ekspertkompetanse.

Viktigheten av det medisinske teamet både før og etter retur har stor støtte i den kvalitative litteraturen. Fysioterapeutens rolle som ansvarlig for koordinering av ulike helseaktører er verdsatt av utøverne (Paterno et al., 2019). Det er også beskrevet nyttig med rask involvering av behandler slik at utøver får informasjon og kunnskap om rehabiliteringsprosessen i tidlig fase (Carson & Polman, 2017; Scott, Perry & Sole, 2018), i tillegg til at behandler er tilgjengelig for å besvare spørsmål underveis (Disanti et al., 2018; Gill & Nagi, 2016; Truong et al., 2020). Gjennom ekspertkunnskap og erfaring hjelper behandler utøveren med å identifisere når de er klare for RTI, bidrar til økt fokus, motivasjon, selvtillit og lavere frykt for re-skade. Dette skjer gjennom en tillitsbasert relasjon der utøverne opplever trygghet på behandlers kompetanse. Videre er det fordelaktig at utøver og behandler sammen fastsetter progressive og individuelle mål og rehabiliteringsplaner (Carson & Polman, 2012; Disanti et al., 2018; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019; Scott et al.,

2018; Sole, Mahood, Gallagher & Perry, 2019). Dette innebærer tilrettelegging for medvirkning som er vist å gi fremme utøverens opplevelse av autonomi (Carson & Polman, 2017). Støtte fra behandlere er verdsatt også i lang tid etter operasjon i form av håndtering av frykt for skade og hjelp til å opprettholde styrke og kontroll (Kaur, Ribeiro, Theis, Webster & Sole, 2019).

Å ikke få tilstrekkelig oppmerksomhet og veiledning fra behandlere er på motsatt side oppfattet som negativt, spesielt om oppfølgingen er for generell og kun med standardøvelser (Disanti et al., 2018; Paterno et al., 2019). Lignende funn beskrives også av Burland et al. (2020) og Nordahl et al. (2014), der manglende avklaring av forventninger og uoppmerksomhet til den spesifikke utøverens situasjon ble identifisert som negativt. Redusert tilgang til fysioterapi, fysiske trenere og rehabiliteringsfasiliteter er også trukket frem som barrierer for RTI (Paterno et al., 2019). Tilsvarende om det er uenigheter blant helsepersonell ansvarlig for oppfølgingen, (Disanti et al., 2018), å ikke komme raskt i gang etter skaden og manglede oppfølging etter RTI (Paterno et al., 2019). utfordringer med forsikringer og økonomisk dekning av behandling trekkes også frem (Burland et al., 2020; Paterno et al., 2019). Begge studier er imidlertid fra USA, og helseforsikringsordninger kan spille en større rolle der enn i Norge.

2.5.3 Motivasjon

Hva som gjør at noen gjennomfører rehabiliteringen med høyere kvalitet og systematikk enn andre er komplekst, men motivasjon antas å være en viktig faktor (Hanin, 2000). Høyere preoperativ indre motivasjon er assosiert med å returnere etter ACL-skade (Czuppon et al., 2014) og redusert interesse og motivasjon ble rapportert hos 2,5% som årsak til manglende retur i Nwachukwu et al. (2019) sin systematiske oversikt.

Vilje og indre motivasjon til å komme tilbake til idretten opprettholder fremdrift gjennom rehabiliteringen (Sole et al., 2019) og fremmer evnen til retur (Burland et al., 2020; Burland et al., 2018). For mange utøvere dreier dette seg om kjærlighet til idretten samt lykke, frihetsfølelse, glede og spenning ved idrettsdeltakelse (Carson & Polman, 2012; Kunnen et al., 2019; Nordahl et al., 2014). Utøvere beskriver i etterkant av retur en overveldende følelse av positive emosjoner i form av glede ved å være tilbake, en følelse av å bli oppslukt i konkurransen og engasjement for videre deltakelse. Dette kan tolkes som en sterk indre motivasjon med stor egenverdi knyttet til deltakelse (Carson &

Polman, 2012). Utøvere med en konkurransefokusert personlighet, mental tøffhet og idrettsidentitet motiveres også av konkurranseaspektet i idretten (Mahood et al., 2020; Sole et al., 2019; Tjong, Murnaghan, Nyhof-Young & Ogilvie-Harris, 2014) Å fullføre rehabiliteringen gjennom å overvinne utfordringen dette innebærer blir for disse en motivasjon og et mål i seg selv som gir stolthet å oppnå (Filbay, Crossley & Ackerman, 2016; Mahood et al., 2020; Scott et al., 2018). Bevissthet rundt eget potensial og sterk tro på fremtidige prestasjoner kan også være motivasjonsfaktorer for RTI (Johnson et al., 2016). I tillegg kan forpliktelser overfor seg selv og laget motivere; utøverne har jobbet hardt og lenge for å komme dit de er sportslig og kan kjenne på ansvar ovenfor lagkamerater med hensyn til å returnere (Sole et al., 2019). Ønske om å fortsatt kunne å være fysisk aktiv og å opprettholde god helse er en annen beskrevet motivasjonsfaktor for RTI (Tjong et al., 2014; Truong et al., 2020).

Forventninger

Forventninger er tett knyttet opp til motivasjon og har betydning for atferd i rehabilitering. Tydelige og avklarte forventninger til rehabiliteringen er en viktig fasilitator for bedre pasientutfall etter ACLR (Burland et al., 2020). Ved undersøkelse av preoperative forventninger ser mange pasienter for seg et normalt eller tilnærmet normalt kne (Feucht et al., 2016; Sonesson, Kvist, Ardern, Österberg & Silbernagel, 2017). Når det gjelder knefunksjon forventet 81% ingen instabilitet postoperativt, 65% forventet å være smertefrie i alle aktiviteter og 94% forventet retur til tidligere nivå med ingen eller få restriksjoner innen ett år etter operasjon (Feucht et al., 2016). Med hensyn til tidsaspektet for prosessen så 14% for seg at rehabiliteringen vil ta 5-6 måneder, 76% forventet 7-12 måneder, og 10% forventet at det ville ta over et år (Sonesson et al., 2017). Dette er imidlertid tiden fra operasjon til RTI, og inkluderte ikke preoperativ trening eller ventetid på operasjon. Til tross for at forsinkelse knyttet til operasjon ikke ser ut til å ha effekt på RTI-rate (Galea-O'Neill, Bruder, Goulis & Shields, 2019), kan ventetiden på operasjon være utfordrende og ha betydning for motivasjon. Flere kvalitative studier beskriver at utøverne ser på operasjon som eneste behandlingsvalg mot RTI og grunnleggende for å lykkes (Heijne, Axelsson, Werner & Biguet, 2008; Scott et al., 2018). I tillegg er utålmodighet, urolighet ved inaktivitet, frustrasjon over varigheten av prosessen, manglende progresjon samt opp og nedturer funnet å ha stor innvirkning på motivasjon (Disanti et al., 2018; Heijne et al., 2008; Nordahl et al., 2014). Dette trekkes også frem av fysioterapeuter som følger opp denne pasientgruppen;

(von Aesch et al., 2016). Pasientinformasjon og forventningsavklaring i tidlig fase er av den grunn viktig for opprettholdelse av motivasjon.

Utøvere har ulike forventninger til egne evner og ønsker om RTI. Det er heller ikke uvanlig med justering av tanker rundt fremdrift og mulighet for RTI underveis i rehabiliteringen (Burland et al., 2018; Carson & Polman, 2012; Nordahl et al., 2014). Motivasjonen for RTI kan endres gjennom en revurdering av tidsbruk på idretten og ønske om å prioritere tiden annerledes. Så mange som 18% angir familie, andre forpliktelser, endringer i livsstil eller frykt for å miste arbeid og inntekt ved re-skade som årsak bak å ikke returnere (Ardern, Webster, et al., 2011). At yngre utøvere ikke har egen familie eller jobb som begrenser tid og mulighet til idrettsdeltakelse foreslås som årsak til at flere yngre enn eldre returnerer (Ardern, Taylor, et al., 2014). Å ikke returnere grunnet ønske om å prioritere karriere, utdanning og familie er beskrevet i flere kvalitative studier (Burland et al., 2018; C. Ross, Clifford & Louw, 2017; Scott et al., 2018). Tjong et al. (2014) intervjuet returnerte og ikke-returnerte utøvere og fant at prioriteringer skilte de to gruppene; jobb, familie og økende alder var vanlige årsaker bak å ikke returnere, mens de som oppnådde RTI anga fortsatt idrettsdeltakelse og å opprettholde fysisk form som viktig. Å ikke returnere på grunn av økende alder og manglende interesse er også rapportert (C. Ross et al., 2017), i tillegg til at utøverne sluttet på skolen hvor de var idrettsaktive (Burland et al., 2018; C. Ross et al., 2017; Truong et al., 2020).

Mestringsstrategier og målsetninger

Utøvere bruker ulike mestringsstrategier for opprettholdelse av motivasjon og fremdrift. Carson og Polman (2008) beskrev emosjonsfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier i ACL-rehabilitering. Teknikker som ble tatt i bruk var tidlig aksept av skaden, distraksjon, unngåelse av negative følelser og oppmuntring fra andre. Sosial støtte fra familie, venner, lagkamerater, likemenn, trenere og fysioterapeuter som viktig for mestring har bred enighet i den kvalitative forskning (Burland et al., 2020; Burland et al., 2018; Conti et al., 2019; Disanti et al., 2018; Johnson et al., 2016; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018). Carson og Polman (2008) beskrev videre at utøverne tok kontroll over situasjonen ved hjelp av medisinske råd, etterlevelse av tiltak, målsettinger og etablering av prestasjonsrutiner frem mot retur. Målsetninger konkretiserer arbeidsoppgavene, gjør dem lettere å gjennomføre og

skaper økt tiltro til at hovedmålet kan nås. Dette påvirker arbeidsinnsatsen (Wormnes & Manger, 2005). Utøvernes evner til å sette konkrete, hensiktsmessige og selvbestemte mål trekkes frem som viktig, og progresjon i rehabiliteringen slik at utøverne når målene betyr mye for motivasjon, tillit til prosessen og utvikling av mental motstandsdyktighet (Carson & Polman, 2017; Johnson et al., 2016; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Sole et al., 2019). Testing kan være et viktig bidrag i dette, med positiv innvirkning på opprettholdelse av motivasjon og trygghet (Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Heijne et al., 2008). Større grad av motivasjon er også funnet om innhold og milepæler i rehabiliteringen samsvarer med idrettens krav, og tilpasses den aktuelle utøver og idrett (Disanti et al., 2018). Bruk av mestringsstrategier kan variere gjennom forløpet, eksempelvis med fysiske og psykiske forberedelser samt sosial støtte før RTI, og problemfokuserede mestringsstrategier i form av målsetninger for deltakelse etter RTI (Carson & Polman, 2012). Teknikker for regulering av spenning i håndtering av første kamp er også beskrevet (Conti et al., 2019).

2.5.4 Selvtillit og mestringstro

Selvtillit er troen på at vi kan gjennomføre ønsket atferd (Wormnes & Manger, 2005), mens mestringstro er troen på egne evner til å gjennomføre en spesifikk oppgave (Thomeé et al., 2007), gjerne beskrevet som situasjonsspesifikk selvtillit (Cox, 2007). Mestringstro har direkte innvirkning på innsats i rehabilitering (Thomeé et al., 2007). De med høy mestringstro oppsøker krevende mål, og mestrer utfordringer og tilbakefall godt. Personlige og miljømessige faktorer er viktige for mestringstro (Feltz et al., 2008), i tillegg til å oppleve egne handlinger som intensjonelle slik at man kan påvirke utfallet gjennom å jobbe hardt (Cox, 2007). Det er funnet et signifikant forhold mellom faktorer som bidrar til pasienters selvtillit og tiltro til en vellykket rehabilitering etter ACLR (Everhart et al., 2015), og 14,8% oppgir manglende tillit til kneet som årsak bak ikke å returnere (Nwachukwu et al., 2019). Høyere selvtillit og preoperativ mestringstro viser assosiasjoner med RTI (Czuppon et al., 2014), og høy score på psychological readiness gir signifikant større sjanse for retur til tidligere nivå (Arden, Taylor, et al., 2014). Majoriteten av de kvalitative studiene på feltet beskriver dimensjoner relatert til selvtillit eller mestringstro. Å kjenne på følelse av sårbarhet, usikkerhet og tap av selvtillit i forbindelse med ACLR er vanlig (Kaur et al., 2019; Nordahl et al., 2014; Scott et al., 2018). Å være bevisst på og ha tiltro til eget potensial

som idrettsutøver er bidragsytende til å oppnå retur (Johnson et al., 2016), tilsvarende er lav selvtillit funnet som medvirkende til manglende retur (Tjong et al., 2014).

Kanskje er ikke kun utøverens grunnleggende tro på seg selv avgjørende, men også at de får positive erfaringer med håndtering av utfordringer gjennom prosessen. Burland et al. (2018) intervjuet både returnerte og ikke-returnerte, og beskrev at tvil og manglende selvtillit førte til selvbegrensende tendenser hos alle utøvere i form av manglende tiltro til egne evner i gjennomføring av idrettsaktiviteter. Tvilsfølelsen virket inn på tanker rundt RTI, førte til at de begrenset deltakelse i aktiviteter som utfordret kneet, deltok med lavere intensitet eller brukte støtte (f.eks. kneortose). Det var imidlertid ulikheter i hvordan utøverne vektet mulige konsekvenser ved RTI, de opplevde risiko forskjellig. Hos de returnerte var tvil og selvbegrensning forbigående, de ble mer komfortable, og selvtillit til egne evner og kneets styrke økte gjennom rehabiliteringen. De anså det som normalt å kjenne på en reservasjon i starten av idrettsopptrapping, men hadde tiltro til at dette skulle gå seg til med økende erfaring. Dette er i overensstemmelse med andre kvalitative studier. Eksempelvis beskrev Kunnen et al. (2019) selvtillit på fire områder som viktig for psychological readiness og avgjørende for vellykket retur; 1) selvtillit i rehabiliteringsprosessen for å øke mestringstro mot RTI, 2) selvtillit til fysiske evner gjennom å nå fysiske mål postoperativt, 3) selvtillit til medisinsk personell som trygger utøveren i prosessen og gir råd, og 4) selvtillit knyttet til ikke å få en re-skade. Gjennom fysisk og psykisk forberedelse i samarbeid med helsepersonell, trenere, laget og familien oppnår utøvere viktig bekræftelse på egen kompetanse (Mahood et al., 2020).

Selvtillit og troen på egen kompetanse beskrives som spesielt viktig i den siste RTI-fasen. Utøverne bygger da mestringstro gjennom gradvis opptrapping i idrettsaktivitet, fysiske og psykiske forberedelser samt sosial støtte, spesielt fra et kompetent medisinsk team. Dette skaper mestring, tillit til egen kompetanse og til at kneet er fysisk klart for konkurranse (Carson & Polman, 2008; Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Kunnen et al., 2019; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018). Gode individuelle behandlingsvalg i samråd med fysioterapeuten trekkes frem som viktig for trygghet og selvtillit i denne perioden (Kunnen et al., 2019; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018). Gjennom gradert eksponering, progresjon i fysiske oppgaver og måloppnåelse får utøverne økt tillit til egne evner. Dette gjør det mulig å gi seg hen til konkurransen med minimalt fokus på kneet (Mahood et al., 2020). Selvbestemmelse og manglende ytre

press i denne fasen fremmer følelse av kontroll og øker utøvernes selvtillit (Carson & Polman, 2017). Etter retur beskrives en videreføring av å bygge selvtillit gjennom økende deltakelse og sosial støtte slik at positive opplevelser og mestringsfølelse fra RTI-fasen øker (Carson & Polman, 2012). Slik fremmes utøvernes mulighet til å returnere til prestasjoner tilsvarende eller høyere enn tidligere (Conti et al., 2019).

2.5.5 Risiko, usikkerhet og frykt

Negative følelser ved idrettsdeltakelse i form av økt oppmerksomhet og frykt er beskrevet som en barriere for retur (Burland et al., 2020), og bekymringer for re-skade eller å ikke mestre rehabilitering og RTI er vanlig (Burland, Toonstra & Howard, 2019). ACL-skader og rekonstruksjon innebærer smerte. Smerte er en subjektiv opplevelse som tolkes i lys av omfang, situasjon, sosial kontekst, kunnskap og tidligere opplevelser. Å utsette seg selv for en situasjon tilsvarende skadesituasjonen kan oppleves krevende (Burland et al., 2019). Negative assosiasjoner til smerte eller re-skade kan i den forbindelse frembringe frykt eller angst (Nwachukwu et al., 2019). Dette er emosjonelle reaksjoner som oppstår ved forventninger om noe skremmende eller om man utsettes for en trussel (Moxnes, 2009; Ottesen Kennair & Malt, 2021). For enkelte begrenser denne negative psykologiske responsen involvering i aktivitet eller gjennomføring av spesifikke bevegelser. Dette betegnes som kinesiofobi (Nwachukwu et al., 2019) eller fear avoidance (Burland et al., 2019).

Kvantitativ forskning beskriver at forhøyet bevissthet i form av frykt spiller en viktig rolle i pasientatferd etter knekirurgi (Everhart et al., 2015). Frykt for re-skade som årsak til manglende retur er svært vanlig (C. A. Ross et al., 2015) og var hyppigste rapporterte psykologiske årsak til manglende retur i Nwachukwu et al. (2019) sin studie hvor 76,7% av utøverne oppga dette. Frykt for re-skade er signifikant forskjellig mellom de som returnerer og ikke (Ardern, Taylor, et al., 2014), og kinesiofobi og katastrofetanker viser en sterk korrelasjon med hvorvidt en utøver returnerer etter ACLR (Czuppon et al., 2014; Everhart et al., 2015). Frykt kan hindre RTI til tross for at utøveren er fysisk klarert for retur (Podlog, Dimmock & Miller, 2011), og kan føre til fysiologiske og psykiske responser som undergraver rehabilitering og prestasjon gjennom en reduksjon i evne til løse bevegelsesoppgaver (Hanin, 2000; Podlog et al., 2011).

Kvalitative studier er her i overensstemmelse det kvantitative forskningsgrunnlaget der det å gjennomgå ACLR er vist å kunne resultere i sårbarhet, usikkerhet, forsiktighet og frykt for re-skade (Scott et al., 2018). Alle utøvere er vist å oppleve økt fysisk og psykisk bevissthet etter ACLR, eksempelvis skjerpet oppmerksomhet på kneet og emosjonelle reaksjoner ved idrettsdeltakelse. De som ikke returnerer på bakgrunn av frykt opplever imidlertid at denne bevisstheten begrenser evnen til deltakelse (Burland et al., 2019). Frykt eller usikkerhet beskrives i så måte i ulike former og omfang fra lette affektive reaksjoner ved tilstedeværelse i idrettshallen og sanseintrykk assosiert med skaden, til sterke angstpregede reaksjoner (Burland et al., 2018). Kaur et al. (2019) beskrev dette som et spekter eller kontinuum fra frykt for re-skade til selvtillit. Frykten springer ut av redsel for å gjenoppleve smerten og en langvarig krevende rehabilitering, å bli satt tilbake fysisk samt bekymring rundt negative konsekvenser for fremtidig helse og forpliktelser i hverdagen relatert til økonomi, familieliv. Dette kan gi bekymringer rundt ytre faktorer som baneforhold samt lavere selvtillit ved deltakelse. (Kaur et al., 2019; C. Ross et al., 2017; Truong et al., 2020).

Frykt og bekymringer forekommer under hele rehabiliteringen, også etter retur. Før retur beskriver utøvere bekymring for fysisk form og prestasjon, i tillegg til å skulle returnere til kontaktsidrett med risiko for re-skade (Carson & Polman, 2012). Sosiale relasjoner til laget, trenere og fysioterapeut er da funnet viktig for å motvirke frykten (Carson & Polman, 2017). Etter retur eksisterer fortsatt prestasjonsbekymringer, men også usikkerhet rundt symptomer som stølhet, spilletid og egen involvering i spillet (Carson & Polman, 2012). Usikkerhet og frykt mot slutten av rehabiliteringsforløpet og etter retur er også beskrevet av Heijne et al. (2008) og Conti et al. (2019). I sin første kamp etter skade beskrev utøverne lav selvtillit til egne evner, reduserte ferdigheter og dysfunksjonelle fysiske reaksjoner som ga redusert prestasjon. For utøverne i studien til Heijne et al. (2008) kom dette som et resultat av at de ikke følte seg fullstendig rehabilitert ett år etter kirurgi. Muligens kreves lengre tid enn anbefalte 9-12 måneder før retur for at utøverne oppnår tilstrekkelig trygghet. Frykt relatert til prestasjon ser også ut til å reduseres de første seks månedene etter RTI som følge av erfaringer med suksessfull deltakelse og bekreftelse av ferdigheter (Podlog et al., 2011).

Enkelte faktorer er vist å kunne ha betydning for utvikling av frykt. Om gapet mellom rehabiliteringen og idrettens krav er stort, kan dette gi økt frykt på bakgrunn av tvil om

videre deltakelse (Disanti et al., 2018). Ventetid på operasjon er også vist å kunne fremme frykt for re-skade og for langvarige konsekvenser av skaden (Gill & Nagi, 2016). Bytte av klubb er et annet usikkerhetsmoment, i tillegg til bekymring rundt egen form og å prestere dårlig eller under tidligere prestasjonsnivå (Thing, 2006). Slike tanker kan være til stede til tross for at tilliten til kneet er stor (Carson & Polman, 2017). På motsatt side trekker flere studier frem helsepersonells rolle i å trygge utøverne for å motvirke frykt (Paterno et al., 2019; Truong et al., 2020), og mange har behov for oppfølging i lang tid etter ACLR og RTI i håndtering av frykt for skade og bekymringer for artroseutvikling (Kaur et al., 2019; Truong et al., 2020). Støtte fra skadede likemenn er også vist å ha en positiv innvirkning på trygghet som kan motvirke frykt (Truong et al., 2020).

Frykt virker å være en faktor som skiller utøvere som returnerer og ikke. Årsaken til dette er forsøkt belyst i flere kvalitative studier. Tjong et al. (2014) beskrev i sin studie at alle utøverne som ikke returnerte anga frykt i ulike former, i motsetning anga kun halvparten av de som returnerte frykt. For disse var frykten hovedsakelig til stede i innledende fase av retur, og ble beskrevet som håndterbar. Dette sto slik ikke i veien for deltakelse. Lignende resultater ble presentert av Filbay et al. (2016) der alle deltakerne anga frykt for re-skade, men kun halvparten modifiserte bevegelser eller aktiviteter for å redusere risikoen, av forskerne beskrevet som fear avoidance. De som trosset frykten hadde et sterkt ønske om å fortsette med vridningsidrett, og dette ga økt livskvalitet på tross av knesyntomer relatert til aktiviteten. Thing (2006) beskrev hvordan utøverne vurderte risikoen ved å returnere og veide fordeler og ulemper ved å fortsette karrieren opp mot hverandre. Dette er i tråd med beskrivelsene til Mahood et al. (2020) og Sole et al. (2019) som begge kun intervjuet returnerte utøvere. Utøverne var klare over risikoen ved RTI, men aksepterte denne og gjorde en situasjonsbasert risikoanalyse. Gjennom å være bevisst på situasjoner med høy risiko unngikk de settinger med uakseptabel risiko, og tok ansvar for grad av involvering. De opparbeidet dermed en evne til å gi seg hen til konkurransen med minimalt fokus på kneet og med troen på seg selv. Kunnen et al. (2019) intervjuet også kun returnerte utøvere og fant selvtillit knyttet opp til å ikke få en re-skade som viktig. Deltakerne visste at de var klare for RTI når de hadde liten tvil til egne evner og lav frykt for re-skade. Denne tryggheten kom av en rehabilitering med høy kvalitet og progresjon samt gjennom måloppnåelse og veiledning av kompetent helsepersonell. Det er usikkert om kartlegging av frykt har en prognostisk rolle

(Everhart et al., 2015), men å anerkjenne og adressere følelsene er viktig (Podlog et al., 2011).

2.5.6 Sosiale faktorer

Sosial støtte fra nære relasjoner er beskrevet som betydningsfullt for håndtering av situasjonen og i gjennomføring av rehabilitering og RTI (Everhart et al., 2015; Podlog et al., 2011). Likevel rapporteres lav psykososial støtte kun av 0,4% som årsak bak manglende RTI (Nwachukwu et al., 2019) og Burland et al. (2018) fant at både de som returnerte og ikke, opplevde sosial støtte i sitt rehabiliteringsforløp.

Familie, medspillere, behandlere, venner og trenere trekkes i den kvalitative litteraturen frem som viktige støttespillere (Burland et al., 2020; Johnson et al., 2016; Mahood et al., 2020; Scott et al., 2018; Sole et al., 2019). Oppmuntring og støtte både i og utenfor rehabiliteringen er fasiliterende for RTI, bidrar til opprettholdelse av en positiv innstilling og økt selvtillit (Burland et al., 2018). Fysioterapeutens rolle er tidligere beskrevet som svært viktig i sammenheng med flere andre temaer. I tillegg er familiens støtte er viktig, spesielt blant yngre utøvere, med vektlegging av den praktiske og mentale støtten familien bidrar med (Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019). En følelse av tilhørighet og forpliktelser til laget motiverer for RTI og gjennomføring av rehabilitering.

Sosiale relasjoner med medspillere og trenere kan slik ha betydning for evnen til retur (Carson & Polman, 2017; Johnson et al., 2016; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020). Enkelte opplever også å få nye roller eller arbeidsoppgaver i laget. De kan dermed bety noe for laget i en periode hvor de ikke kan bidra på banen og opplever egen tilstedeværelse som betydningsfull (Carson & Polman, 2017; Disanti et al., 2018; Johnson et al., 2016; Scott et al., 2018). Tilsvarende vil det å ikke være en del av laget og manglende kontakt med trener kunne oppleves som krevende (Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Nordahl et al., 2014). At utøvere opplever støtte fra trenere og laget som mer verdifullt etter RTI enn før RTI er også beskrevet (Carson & Polman, 2012). Et ytre press for å returnere fra medspillere eller trenere kan gjøre at utøveren returnerer før de er fysisk eller mentalt klare (Podlog et al., 2011). At ønske om og tidspunkt for retur er selvbestemt virker av den grunn å være viktig. Å ikke kjenne på ytre press for å returnere er vist å fremme følelse av kontroll, reduserte

bekymring og fremmet selvtillit (Carson & Polman, 2017). Å ha rollemodeller som har gjennomgått lignende skade kan hjelpe utøvere med å håndtere situasjonen gjennom at de kan relatere seg til vedkommende (Burland et al., 2018). Samtidig fortalte de yngre utøverne i studien til Disanti et al. (2018) at å ha personer i nærheten som var på samme sted i sin rehabilitering kunne være utfordrende da fremdriften og motivasjonen kunne være ulik. Det var likevel positivt med rollemodeller, så lenge disse var noen steg foran i rehabiliteringsprosessen og uten mulighet for direkte sammenligning.

3. Masterprosjektets teoretiske rammeverk

Den teoretiske referanserammen vi bruker har betydning for vår forståelse, og fungerer som støtte for tolkning av datamaterialet. Det teoretiske rammeverket utvikles underveis i prosessen gjennom analyser som utvider vår innsikt. For å forstå premissene for tolkning av datamaterialet er det viktig å presentere teorier, modeller og begreper anvendt i arbeidet (Malterud, 2017). Jeg valgte en induktiv tilnærming der jeg tok utgangspunkt i den biopsykososiale modellen som masterprosjektets overordnede teoretiske perspektiv og begreper fra Selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2017) og Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (Sagy, 2017) for å utforske deltakernes utsagn. Teoriene presenteres kortfattet videre. Mine resultater vil tolkes i lys av begreper innenfor disse perspektivene for å gi økt forståelse og innsikt.

3.1 Et biopsykososialt perspektiv

Det overordnede teoretiske perspektivet til masteroppgaven er den biopsykososiale modellen utviklet av psykiateren Georg Libman Engel (1913-99). Denne tar hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale forhold i utvikling og opprettholdelse av sykdom og skade (Malt, 2021). Anerkjennelse av hvordan forholdene samhandler i kognitive, emosjonelle og atferdsrettede sykliske responser er viktig for ivaretagelse av ACL-pasienter (Burland et al., 2019; Wiese-Bjornstal, 2010; Wifstad, 2018). *Biologiske faktorer* ved ACLR innebærer fysiske endringer som følge av skaden slik som hevelse, smerte, nedsatt bevegelighet, kontroll, styrke og balanse som gir redusert evne til å gjennomføre funksjonelle oppgaver (Cavanaugh & Powers, 2017). *Psykologiske faktorer* har fått økende anerkjennelse som betydningsfullt i rehabilitering, og består av kognisjon, følelser og atferd. Kognisjon beskrives som tanker, oppfattelse og vurdering (Kjøll & Tranøy, 2020). Følelser består av emosjoner og affekt, der emosjoner er fine sammensatte sinnsreaksjoner som glede og sorg, og affeksjon er situasjonsbaserte, sterke og mer ensrettede reaksjoner som sinne og angst (Kennair, 2019). Atferd involverer handlinger og initieres ofte av en kombinasjon av kognisjon og følelser, eksempler er innsats og deltakelse i rehabiliteringen (Burland et al., 2019). *Sosiale faktorer* har betydning for rehabilitering på flere måter. Skader gir redusert mulighet til deltakelse i idrettsmiljøet, i tillegg er det i idretten interne normer; felles mønstre som former hvordan individene handler og tenker (Tjora, 2018), og gjenspeiles i miljøets

språk (Solvang & Slettebø, 2012). Sosial støtte er et viktig aspekt ved sosiale faktorer. Sosial støtte kan kategoriseres i fire former; emosjonell støtte er trøst og å vise omsorg, bekreftende støtte er anerkjennelse fra andre som bekrefter ens kompetanse, informerende støtte er råd og anbefalinger, og instrumentell støtte er praktisk og økonomisk hjelp (Murphy, 2005). Støtte, spesielt fra nære og betydningsfulle personer, er av viktig for håndtering av skader (Wierike, Sluis, Akker-Scheek, Elferink-Gemser & Visscher, 2013; Wiese-Bjornstal, 2010).

3.1.1 Selvbestemmelsesteorien

I tråd med et biopsykososialt perspektiv har jeg i analysearbeidet valgt å støtte meg på begreper fra Selvbestemmelsesteorien (SDT) utviklet av Deci og Ryan (1985). Teorien gir en grundig beskrivelse av motivasjon, personlig vekst og utvikling. SDT ser på mennesket som en aktiv deltaker, der atferd styres av indre prosesser i relasjon med kognitive, biologiske, sosiale og kulturelle aspekter (Ryan & Deci, 2017). Teorien er kompleks og består av flere underteorier. Jeg har valgt å avgrense omfanget til en redegjørelse av overordnede trekk ved indre og ytre motivasjon, samt grunnleggende behov av betydning for indre motivasjon gjennom Basic Psychological Needs Theory.

Indre og ytre motivasjon

Motivasjon kan defineres som «en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensiteten i atferd» (Kaufmann & Kaufmann, 2015). SDT skiller overordnet mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon beskrives som en iboende egenskap i alle mennesker (Ryan & Deci, 2000). Dette er grunnlaget for personlig vekst og utvikling, og baseres på individets egne ønsker og interesser (Ryan & Deci, 2017). Indre motivasjon er slik den motivasjonen med høyest grad av selvbestemmelse (Cox, 2007). Ved indre motivasjon verdsettes aktiviteten i seg selv, deltakelse gir glede og tilfredshet uavhengig av ytre faktorer (Ryan & Deci, 2017). Dette kan dreie seg om å lære en ny ferdighet, mestre en oppgave eller baseres på følelser man opplever i deltakelse (Cox, 2007). Indre motivasjon er av SDT sett på som hovedårsaken til at mennesker involverer seg i idrett (Ryan & Deci, 2017) og er av spesiell betydning for innsats, utvikling og læring (Hagger & Chaatzisarantis, 2007). Mennesker med sterk grad av indre motivasjon har større interesse, engasjement og selvtillit som igjen fremmer prestasjon, kreativitet og velvære (Ryan & Deci, 2000). De som gjennom selvbestemmelse involverer seg i idrett eller andre oppgaver er vist å

oppleve flere positive følelser og opprettholder standhaftighet i aktiviteten (Cox, 2007). Ytre motivasjon beskrives innen SDT ut fra eksterne motiver og i relasjon til forventninger om spesifikke utfall (Hagger & Chaatzisarantis, 2007). Dette er forhold som ligger utenfor aktiviteten og kan eksempelvis være tvang, belønning eller anerkjennelse (Wormnes & Manger, 2005). SDT skiller ikke mellom motivasjonstypene i den forstand at individer kun er indre eller ytre motivert (Hagger & Chaatzisarantis, 2007), men beskriver ulike grader av motivasjon langs et kontinuum fra indre motivasjon forbundet med autonomi til ytre motivasjon eller manglende motivasjon preget av andres kontroll (Ryan & Deci, 2017).

Grunnleggende behov: autonomi, kompetanse og tilhørighet

Selvbestemmelsesteorien beskriver gjennom under teorien *Basic Psychological Needs Theory* at mennesker har tre medfødte, universelle psykologiske behov: autonomi, kompetanse og tilhørighet. Disse er grunnleggende for velvære, livsglede, utvikling og opprettholdelse av indre motivasjon. Å få dekket behovene er avgjørende for å fungere optimalt (Ryan & Deci, 2017). Sosiale og miljømessige faktorer kan tilrettelegge for dette gjennom et autonomistøttende miljø samt oppnåelse av kompetanse og tilhørighet (Hagger & Chaatzisarantis, 2007), eksempelvis gjennom erfaringer med suksess, samarbeid og autonomistøttende atferd (Cox, 2007).

Autonomi beskrives innen SDT som behovet for å være selvbestemt i handlinger og en opplevelse av at atferden er styrt av egen vilje og interesser (Ryan & Deci, 2017). Dette innebærer mulighet til medbestemmelse i valg som angår en selv. Autonomi fremmer den indre motivasjonen og bidrar til engasjement og utvikling av kompetanse (Cox, 2007). *Kompetanse* er innen SDT forstått som behovet for å oppnå personlig utvikling og å forstå hva som ledet frem til utfallet av egne handlinger. Ved tilfredsstillende av dette behovet vil individer oppleve seg selv som kompetente i relasjon til omgivelsene og oppgaven (Ryan & Deci, 2017). Gjennom opplevelse av egen kompetanse vil mennesker føle mestring og selvtillit i gjennomføring av sine handlinger. Kompetansefølelsen skaper læring, utvikling og gjør at individet oppsøker nye utfordringer. Vanskelighetsgraden til oppgavene en står ovenfor sammenlignet med egen kapasitet er viktig, det samme er positive tilbakemeldinger og tydeliggjøring av forventninger. *Tilhørighet* innebærer behovet for relasjoner med andre, å bli inkludert i det sosiale miljøet og å være en del av et fellesskap. I dette ligger respekt, trygghet,

støtte og tillit. Alle har et grunnleggende behov for å samhandle med andre mennesker (Cox, 2007). Vi opplever aktiviteter som verdifulle i relasjon med andre, og å bidra til fellesskapet kan være viktig for tilhørigheten (Ryan & Deci, 2017). Indre motivasjon vil med større sannsynlighet fremmes i en kontekst preget av trygghet og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000). Likevel er ikke tilhørighet en forutsetning for indre motivasjon, aktivitet kan gjennomføres i isolasjon men likevel med indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

Behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet er relevante ved håndtering av skader. Autonomi i behandlingsvalg som innebærer en langvarig og krevende rehabilitering er viktig. Tilsvarende er opplevelse av egen kompetanse i relasjon til å gjøre denne jobben samt støtte fra helsepersonell, familie, trener som tilretteleggere for gjennomføring og følelse av tilhørighet. Slik opprettholdes indre motivasjon grunnleggende for velvære (Ryan & Deci, 2017).

3.1.2 Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng

Der SDT beskriver motivasjon på overordnet nivå og på tvers av fagfelt, beskrev Aron Antonovsky (1979) hvordan mennesker håndterer sykdom og skade gjennom sin teori om salutogenese (Sagy, 2017). Teorien kan ses som en utvidelse av begreper tilknyttet SDT sin Basic Psychological Needs Theory, men vektlegger pasienters perspektiv og deres håndtering av egen helse.

Antonovsky beskrev hvordan håndtering av stress og uventede forhold er avgjørende for en persons helse, forklart gjennom begrepet «sense of coherence» (SOC). SOC betyr direkte oversatt *opplevelsen av sammenheng* (Solvang & Slettebø, 2012). Denne følelsen av sammenheng forstår Antonovsky som avgjørende for mestring og gjør livet lettere å håndtere. Når livet oppleves å «henge sammen» erfares det som begripelig, håndterbart og fremstår som meningsfullt for den enkelte. I begripelighet ligger en struktur, orden, forklaring og forutsigbarhet. Håndterbarhet innebærer en opplevelse av å ha ressurser til å mestre utfordringens krav, mens meningsfullhet er motivasjon for å gjennomføre utfordringen og til å være medvirkende og delaktig i håndtering av situasjonen (Antonovsky, 1991). Ved skader utfordres følelsen av sammenheng. Skader skaper et brudd i tilværelsen som gir uforutsigbarhet og utrygghet (Solvang & Slettebø, 2012). Videre er rehabiliteringen en prosess der en må håndtere betydelige biologisk, psykologisk og sosiale endringer (Sagy, 2017). Antonovsky mente at håndtering av

disse situasjonene påvirkes av personens opplevelse av sammenheng, der en sterk følelse av sammenheng virker positivt og fremmer troen på egen mestring (Solvang & Slettebø, 2012). I den forbindelse anbefales det i behandling en holistisk tilnærming med ivaretagelse av hele mennesket gjennom både fysiske, mentale og sosiale aspektet (Sagy, 2017). Individuelle tilpasninger og tilrettelegging i rehabiliteringen skaper mulighet for mestring gjennom konkrete og håndterbare arbeidsoppgaver som noe begripelig og meningsfullt som leder frem mot RT. I tillegg gir dette utøverne rutiner med kontroll og kontinuitet (Solvang & Slettebø, 2012). Dette skaper en opplevelse av sammenheng og fremmer god helse (Sagy, 2017).

4. Metode

Veloverveide valg med tanke på hvordan studier er gjennomført og hvilke metoder som er benyttet er avgjørende for prosjektets kvalitet og bør redegjøres for (Kvale & Brinkman, 2015). Jeg vil i dette kapittelet beskrive bakgrunnen for metodiske valg i masterprosjektet og fremgangsmåten brukt for å innhente og analysere resultatene samt etiske overveielser i prosessen. Avslutningsvis vil jeg drøfte styrker og svakheter ved metodene jeg har benyttet samt diskutere min rolle som forsker.

4.1 Design

Masterprosjektet er en kvalitativ gren av den prospektive kohortstudien «Bedre og tryggere retur til idrett etter fremre korsbåndsskade» (BEAST). BEAST er et samarbeid mellom Senter for idrettsskedeforskning på Norges Idrettshøgskole (NIH), Linköpings Universitet og Karolinska Institutet¹. Studien beskriver 2-årsresultater hos utøvere med ACLR som følger spesifikke kriterier for rehabilitering og idrettsopptrapping og sammenligner disse med en kontrollgruppe som følger standard praksis. Hovedmålet er å bidra med kunnskap om mulig effekt av en strukturert rehabilitering og progresjon i idrettsopptrapping guidet av objektive tester i siste rehabiliteringsfase, og slik bedre utøvernes evne til å returnere til idrett med lav risiko for nye kneskader.

Intervensjonen i BEAST består av kliniske undersøkelser, ACL-RSI og muskelstyrke og hinketester ved henholdsvis 6, 8, 10 og 12 måneder etter ACLR. Utøverne mottar også en plan for opptrening og gradvis opptrapping av idrett utviklet med innspill fra utøvere og trenere. Planene individualiseres basert på testene styrt av en standardisert algoritme og har konkrete treningsøkter og retningslinjer for grad av deltakelse i idrett og spilletid. Utøver er sammen med lokal behandler og trener ansvarlig for gjennomføring. BEAST samler inn kvantitative data på etterlevelse, knefunksjon, mentale aspekter ved RTI i form av ACL-RSI, idrettsaktivitet og nye kneskader.

Som en kvalitativ gren av BEAST har masterprosjektet en fenomenologisk tilnærming og bygger med dette på oppfattelsen av at mennesker skaper sin egen meningsfulle eksistens og livsverden (Dahlberg, Ellingsen, Martinsen & Rosberg, 2019). I henhold til

¹ Prosjektgruppen til BEAST-studien består av Hege Grindem, Håvard Moksnes, Grethe Myklebust, May Arna Risberg, Lars Engebretsen og Clare Arden.

Kvale og Brinkman (2015, s. 45) er fenomenologi «et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige verden er den mennesker oppfatter». En fenomenologiske forståelse legger slik til rette for muligheten til studier av personers erfaringer og opplevelser (Markula & Silk, 2011). Jeg valgte et kvalitativt design for å besvare problemstillingen fordi dette gir mulighet til detaljert kunnskap om perspektivene til personer med førstehåndsinformasjon om tema (Podlog, Banham, Wadey & Hannon, 2015). Fremgangsmåten er godt egnet for å fremheve prosesser og meninger som ikke kan måles kvantitativ (Thagaard, 2018), er spesielt nyttig for innsikt i temaer som er lite forsket på (Markula & Silk, 2011) og gir muligheter for dyptgående analyser (Thagaard, 2018). Jeg brukte semistrukturerte individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode. Åpne og individuelle intervjuer er egnet til å få frem personers erfaring og forståelse av et tema, og et semistrukturert oppsett gir fleksibilitet til å tilpasse intervjusituasjonen til den enkelte. (Kvale & Brinkman, 2015). Dette fremmer individuelle refleksjoner, men gjør det også mulig å se deltakernes refleksjoner i sammenheng (Thagaard, 2018). Studien er induktivt forankret i den forstand at jeg tok utgangspunkt i dataene for å utvikle økt forståelse og analytiske perspektiver (Thagaard, 2018). Oppgavens teoretiske rammeverk er tidligere beskrevet, og bidro til at jeg på en bred og nyansert måte fikk innsikt i utøvernes opplevelser.

4.2 Forskerens forforståelse

I kvalitative forskningsprosjekter legger forskeren premisser for hva som skal undersøkes. Innsikt oppstår i relasjon mellom forsker og informant, og dataen som utvikles analyseres av forskeren i etterkant. Forskeren vil i den sammenheng ha innvirkning på studiens resultater og det er derfor viktig å redegjøre for egen rolle i feltet. I dette ligger forskerens forforståelse, tidligere erfaringer og oppfatning av tema som studeres (Thagaard, 2018). Jeg er utdannet fysioterapeut og jobber klinisk som privatpraktiserende. I den forbindelse har jeg fulgt opp utøvere med ACL-skader. Jeg har kunnskap om og erfaring med oppfølging av disse utøverne, og har fått innblikk i hva de går gjennom i prosessen tilbake til idrett. Videre er jeg tidligere aktiv innen fotball og har av den grunn kjennskap til dette miljøet gjennom egen deltakelse. Jeg har også gjennom arbeid som fysisk trener og med skadeforebygging i håndballmiljøet kjennskap til denne utøvergruppen fra et trener/fysioterapeutperspektiv.

4.3 Utvalg og rekruttering

4.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

BEAST-studien ønsker å inkludere 125 utøvere i intervensjonsgruppen som rekrutteres fra Norsk Idrettsmedisinsk institutt (NIMI) og Idrettens Helsecenter i Oslo. Kriterier for inklusjon er ikke-profesjonelle utøvere som har gjennomgått primær unilateral ACLR, \leq 6 måneder etter kirurgi og alder fra 15 til 40 år ved skadetidspunktet. De må ha deltatt i vridningsidrett (f.eks. fotball eller håndball) ≥ 2 ganger i uka før skaden, må uttrykke målsetning om retur til vridningsidrett. Utøvere med komplett ruptur av mediale – eller laterale kollaterale ligament eller bakre korsbånd ekskluderes, i tillegg til utøvere med mangelfull norskspråklig kompetanse og med andre alvorlige skader/sykdommer.

Deltakere i kvalitative studier er viktig fordi det er disse individene som bidrar til å fremskaffe kunnskap (Thagaard, 2018). Masterprosjektets deltakere ble rekruttert fra intervensjonsgruppen til BEAST. Ytterligere inklusjonskriterier for masterprosjektet var at det ved intervju tidspunktet var ≥ 8 måneder siden gjennomgått ACLR og at utøverne hadde vært en del av intervensjonen til BEAST i ≥ 2 måneder. Om det var utøvere jeg tidligere hadde vært i kontakt med som fysioterapeut, uavhengig av årsak, ble disse ekskludert for å unngå at tidligere relasjon hadde innvirkning på dataene. Det var ønskelig at intervjuene ble gjennomført ved personlig oppmøte fordi ikke-verbal kommunikasjonen ble sett på som en viktig del av datainnsamlingen. Deltakere som ikke hadde mulighet til dette ble av den grunn ekskludert.

4.3.2 Rekrutteringsprosess

Jeg brukte en løpende rekrutteringsprosess med utgangspunkt i en liste med 40 utøvere fra BEAST som på daværende tidspunkt oppfylte masterprosjektets inklusjonskriterier. Av disse 40 ble to personer ekskludert grunnet tidligere terapeut-pasientrelasjon. Jeg benyttet et strategisk utvalg der jeg valgte ut informanter for å få størst mulig variasjon i deltakerkarakteristikker (Thagaard, 2018). I den forbindelse kontaktet jeg elleve utøvere per telefon på bakgrunn av ønske om bredde i utvalget med hensyn til kjønn, alder, idrett og tid siden operasjon. I innledende telefonsamtale fikk utøverne informasjon om masterprosjektet og forespørsel om deltakelse. De som var interessert fikk tilsendt et informasjonsskriv og skjema for informert samtykke på e-post for gjennomlesning. Om de ønsket å delta ble det deretter avtalt tidspunkt for intervju. Én person ønsket ikke å delta, to stykker var ikke lokalisert i Oslo-området og kunne ikke delta av geografiske

årsaker, én ønsket ikke personlig oppmøte, og ytterligere én person fulgte ikke opp henvendelsene på e-post. Resterende seks utøvere ble inkludert og utgjorde endelig utvalg. Rekrutteringen ble i samråd med veiledere stoppet etter inklusjon av seks deltakere med bakgrunn i feltets metningsgrad. Det var da mulig å identifisere overordnede fellestrekk i datamaterialet tilstrekkelig til å starte analysearbeidet (Thagaard, 2018). Ytterligere detaljer ved utvalget blir beskrevet i resultatkapittelet.

4.3 Prosedyre

4.3.1 Intervjuguide og pilotintervjuer

Intervjuguiden (vedlegg 3) hadde et semistrukturert oppsett og besto av tre hovedtemaer valgt på bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget avdekket ved litteraturgjennomgangen. Jeg utarbeidet to ulike intervjuguider avhengig av om utøver hadde oppnådd RTI eller ikke ved intervjutidspunktet. Innholdet var i hovedsak likt, men med små variasjoner i spørsmålsstillingen. Det ble i også lagt inn spørsmål hvis noen hadde fått en re-skade/ny skade ved opptrapping av idrett eller etter retur. To pilotintervjuer ble gjennomført i august 2020. Jeg rekrutterte pilotdeltakere som best mulig representerte utvalget. Begge deltakerne hadde gjennomgått ACLR og systematisk rehabilitering med testing før retur til vridningsidrett, men hadde i senere tid sluttet med idrett. Pilotintervjuene bidro til fortrolighet med intervjurollen og bruk av teknisk utstyr, ga mulighet til å teste intervjuguiden for mangler eller uklarheter og ga et estimat på tidsbruk. Intervjuguiden ble etter pilottesting omstrukturert med nye overordnede temaer. Jeg la også til et spørsmål knyttet opp til trenerens rolle. Endelig intervjuguide hadde først en innledende del med bakgrunnsinformasjon om idrettsdeltakelse, klubben/laget utøverne er/var en del av, tidligere skader og spørsmål knyttet til skadetidspunktet. Videre gikk guiden over på spørsmål knyttet opp til tre hovedtemaer: 1) motivasjon og mestringsstro, 2) relasjoner, 3) å returnere. I tillegg fikk deltakerne avslutningsvis mulighet til å komme med innspill til temaene eller til andre aspekter ved deres erfaringer. Intervjuguiden fremstår strukturert i sin skriftlige form, men utvelgelsen av spørsmål, rekkefølgen og ytterligere utdypende spørsmål til deltakerne basert på deres refleksjoner er i tråd med et semistrukturert oppsett.

4.3.2 Intervjuer

Datainnsamlingen ble gjennomført i form av seks semistrukturerte intervjuer i perioden 24.09.2020 til 08.10.2020 på møterom i NIH sine lokaler på Sognsvann, Oslo.

Intervjuene hadde en innledende kort muntlig presentasjon av meg og min bakgrunn samt prosjektet deltakerne deltok i, herunder hensikt og hvordan deres bidrag ville brukes videre. Utøverne fikk deretter praktisk informasjon om gjennomføring samt leste gjennom og skrev under på skjema for informert samtykke (vedlegg 4). Dette bidro til etablering av tillit til prosjektet de deltok i og tilrettela for en åpen og ærlig samtale videre (Kvale & Brinkman, 2015). Intervjuene ble deretter gjennomført med utgangspunkt i intervjuguiden. De ble tatt opp med båndopptaker lånt av NIH, og jeg noterte i tillegg egne refleksjoner knyttet til intervjusituasjonen. Tidsbruk på hele intervjusekvensen var fra 45 minutter til 1,5 time, med varighet av opptakene fra 31 til 63 minutter. Jeg forsøkte å la informantene reflektere uavbrutt, men samtidig vise interesse i det de fortalte i henhold til Thagaard (2018) sine anbefalinger. Jeg forsøkte også å følge opp deltakernes refleksjoner med åpne spørsmål som oppmuntret til å utdype det de fortalte (Kvale & Brinkman, 2015). Deltakerne delte velvillig sine erfaringer og ga uttrykk for at det var fint å snakke om sine opplevelser. Flere hadde også avsluttende kommentarer eller synspunkter da de ble spurt om det var ytterligere temaer de syntes var spesielt relevant som vi ikke hadde snakket om.

4.3.3 Datahåndtering og transkribering

Lydfilene ble lagt inn på passordbeskyttet pc og lagret med deltakernummer før de umiddelbart ble slettet på opptakeren. Jeg transkriberte intervjuene ved avspilling og bruk av Microsoft Word for teksthåndtering. Transkripsjonen ble gjennomført i en formell skriftspråkstil umiddelbart etter hvert intervju med fullstendige setninger som kunne brukes videre i analysearbeidet. Jeg la likevel inn pauser og reaksjoner som latter, sukk etc. der jeg opplevde dette som meningsbærende for å presentere deltakerne mest mulig autentisk. Etter første transkribering hørte jeg gjennom opptaket på ny for å sikre korrekt oppfattelse av innhold og korrigerede transkribert tekst. Egne refleksjoner ble gjennomgått og lagt til som kommentarer til transkriberingen.

I tillegg til intervjuene innhentet jeg allerede innsamlede data fra BEAST for beskrivelse av utvalget. Dette innebar deltakernes alder, kjønn, idrett, tid siden operasjon og score på siste gjennomførte ACL-RSI. Deltakerne fikk i tillegg ved oppstart av BEAST (6 måneder postoperativt) tre spørsmål om motivasjon for retur med gradering 0-10: 1) Hvor mye er du villig til å satse for å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet? (1 = ikke villig i det hele tatt, 10 = veldig villig), 2) Hvor viktig er det

for deg å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet? (1 = ikke viktig i det hele tatt, 10 = veldig viktig) og 3) Tror du det er mulig å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet? (1 = ikke mulig, 10 = mulig). Svaret til deltakerne på disse spørsmålene ble også innhentet.

4.3.4 Analyse

Målet med analysen er å reflektere over hva deltakerne har fortalt for å kunne avdekke nye perspektiver og kunnskap basert på deres refleksjoner (Thagaard, 2018). I analysearbeidet brukte jeg en induktiv og tematisk tilnærming for å identifisere mønstre i datamaterialet basert på utøvernes opplevelser (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2018). Dette gir en fleksibel modell for analyse og et godt grunnlag for tolkning av ulike aspektet ved forskningsspørsmålet (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2019). Dataanalyse ble gjennomført i henhold til Braun og Clarke sin seks-steps modell for tematisk analyse. Steg én i analysen fungerte som en forberedelse der jeg ble kjent med datamaterialet gjennom intervjuer, transkribering, gjennomlesning og bruk av refleksjonsnotater. I steg to genererte jeg innledende koder for overordnede trekk i datamaterialet gjennom markering i teksten, stikkordsoppsummering og gjennomgang av refleksjoner. Jeg utarbeidet tankekart som ga en oversikt over innholdet, sorterte datamaterialet og ga betegnelser på viktige poeng. Kodingen og tankekartet ble diskutert med veiledere før neste steg. I steg tre sorterte jeg kodene inn i temaer; grupperinger av data med viktige fellestrekk og betydning. Temaene ble utdypet med deltakernes refleksjoner. Dette systematiserte dataene og gjorde det mulig å se sammenheng mellom personenes utsagn. I steg fire gjennomgikk jeg de etablerte temaer for å undersøke om disse reflekterer kodingen og det totale datasettet på en god måte. Jeg justerte og omorganiserte temaene mine underveis i prosessen. Steg fem innebar konkret definering og navngivning av temaene med spesifisering i henhold til hva datamaterialet fortalte. Det sjette steget i analyseprosessen besto av å trekke frem eksempler i form av sitater som underbygget temaene og knytte dem opp til problemstillingen med en struktur og rekkefølge som ga dypere forståelse (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2019)

4.4 Ethiske overveielser

Forskningsetikk er «verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapen» (NENT, 2016; NESH, 2016). Dette omfatter formelle søknader og prosedyrer, men også hvordan mennesker som

innlemmes i forskningsprosjekter ivaretas og hvordan kunnskapen som kommer ut av forskning skal anvendes (FEK, 2018).

4.4.1 Etisk godkjenning

BEAST-studien hadde fra tidligere etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble av den grunn i samarbeid med veileder og medstudent tilknyttet BEAST sendt inn endringsmelding til REK før oppstart med masterprosjektet. Denne ble godkjent 05.08.2020 (vedlegg 5).

4.4.2 Personvern, konfidensialitet og datasikkerhet

Prosjektet ble meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) på bakgrunn av at jeg registrerte personopplysninger og oppbevarte sensitiv informasjon om deltakerne (Thagaard, 2018). NSD fattet 09.07.2020 vedtak om at behandling av personopplysninger var i samsvar med personvernlovgivningen (vedlegg 6). Jeg lagret både auditivt og skriftlig forskningsmateriale på en forsvarlig måte. Personlig informasjon innhentet fra BEAST ble oppbevart i et låsbart skap, adskilt fra transkriberingsdata og lydfiler. Jeg brukte privat pc i arbeidet, denne var passordbeskyttet og innelåst når den ikke var aktivt i bruk. Deltakernes identitet ble beskyttet gjennom nummerering av lydfiler og oppdiktete navn. Opplysninger som kunne bidra til identifikasjon av personene ble utelatt, eksempelvis geografisk lokalisasjon, idrettsklubber og navn på fysioterapeut eller lagkamerater. Innsamlede data vil bli slettet senest fem år etter prosjektslutt i tråd med gjeldende forskrifter og lover for dataoppbevaring. Jeg har som forsker taushetsplikt vedrørende opplysninger som fremkommer i arbeidet og detaljer ved prosjektet ble kun diskutert med veiledere og medstudent tilknyttet BEAST.

4.4.3 Informert samtykke

Deltakerne ble i henhold til Helsinkideklarasjonen fullt ut informert om hva deltakelse innebar slik at de kunne ta et veloverveid valg vedrørende om de ønsker å delta (Laake, Olsen & Benestad, 2008). Skriftlig informert samtykke utarbeidet etter retningslinjene til REK og NSD (vedlegg 4) ble sendt til deltakerne på e-post ved forespørsel om deltakelse samt gjennomgått og skrevet under på før intervjuene. Samtykkeskjemaet opplyste om frivillighet ved deltakelse, muligheten til å trekke seg når som helst uten å oppgi årsak og informasjon om personvern og datasikkerhet. Deltakerne fikk mulighet

til å stille spørsmål om prosjektet og de fikk informasjon om bruk av båndopptaker. Forløpet av intervju med semistrukturert design kan gi uforutsigbare vendinger til tross for utgangspunkt i intervjuguiden. Dette gir utfordringer i konkretisering og detaljer i det informerte samtykket (Thagaard, 2018). Jeg var spesielt bevisst dette etiske ansvaret underveis i intervjuet med hensyn til utvelgelse av spørsmål i de aktuelle situasjonene.

4.4.4 Referansestil

Masteroppgaven er skrevet med bruk av referansestil APA6.

4.4.5 Etiske overveielser i kvalitativ forskning

I kvalitative studier møtes mennesker. Overholdelse av etiske forpliktelser som forsker er grunnleggende for forsvarlig utvikling av kunnskap basert på dette møtet (Malterud, 2017). Det foreligger et asymmetrisk maktforhold i kvalitative forskningsintervjuer. Intervjuet er en spesifikk og målrettet profesjonell samtale der intervjueren har vitenskapelig kompetanse og styrer samtalens retning. Det er enveisdialog i form av hvem som spør og hvem som svarer, og intervjupersonene brukes som et instrument for å oppnå forskerens mål (Kvale & Brinkman, 2015). Deltakerne er åpne, fortrolige og gir innsikt i sine tanker. Det er av den grunn viktig at de opplever kontroll i situasjonen og at de selv avgjør hva de ønsker å dele (Thagaard, 2018). Helsinkideklarasjonen tydeliggjør at personer ikke skal ta skade av deltakelse i forskningsprosjekter. Det vil likevel alltid være konsekvenser ved å delta. Masterprosjektet kan gi utøverne mulighet til refleksjon og økt innsikt i egen situasjon, samtidig kan temaer i intervjuene oppleves krevende eller problematisk å snakke om (Thagaard, 2018). Deltakerne er i en spesielt sårbar situasjon der de har gått fra å være selvstendige og idrettsaktive med en stabil sosial status i sitt miljø, til å bli pasient, ha behov for hjelp, samt har en usikker fremtid med tanke på videre idrettsdeltakelse. Beskyttelse av deltakerne ble vektlagt i etablering av intervjuguiden og ledet spørsmålene under intervjuet. Jeg forsøkte slik å balansere respekten for deltakernes åpenhet opp mot søken etter innsikt. Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst mitt ansvar med hensyn til å unngå negative konsekvenser for deltakerne og at det i hovedsak er jeg som har fordeler av gjennomføring av prosjektet.

4.5 Drøfting av metodiske kvaliteter

Vi skal i kvalitativ forskning redegjøre for hvordan studien er planlagt og gjennomført, og det er viktig med refleksjon rundt metoden som er tatt i bruk for å synliggjøre

kvaliteten ved prosjektet. Gjennom å kritisk vurdere fremgangsmåte og resultatene fra prosjektet fremmes studiens troverdighet. Reliabilitet, validitet og forskerens rolle er i den forbindelse viktige aspekter (Thagaard, 2018). Jeg har gjennom første del av metodekapittel redegjort for hvordan masterprosjektet er utført og begrunnet mine valg gjennom prosessen. Videre følger en drøfting rundt de metodologiske valgene jeg har tatt i arbeidet.

4.5.1 Validitet

Vi skiller gjerne mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet dreier seg om gyldigheten til funnene (Malterud, 2017). Dette handler om metodevalg; hvorvidt de verktøyene vi bruker er egnet for å få frem det vi ønsker å undersøke og i hvilken grad observasjonene reflekterer det vi ønsker å vite noe om. I tillegg er forskerens kredibilitet av stor betydning (Kvale & Brinkman, 2015). Ekstern validitet innebærer i hvilken grad funnene kan være gjeldene i andre situasjoner (Malterud, 2017). Jeg vil videre drøfte hvordan prosjektets validitet ble ivaretatt.

Intern validitet

En kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer ble valgt som beste metode for å få frem utøvernes erfaringer basert på at det i BEAST allerede ble innhentet kvantitative data gjennom ACL-RSI, og målet var å kunne beskrive kompleksiteten rundt temaet mer dyptgående. Jeg valgte videre en induktiv tilnærming på bakgrunn av ønsket om å belyse temaet bredt uten å være knyttet til et teoretisk ståsted som kunne begrense mine muligheter til å utforske spennende trekk ved resultatene. En induktiv tilnærming gir likevel en mindre spisset og konkret innfallsvinkel og kan gjøre det vanskelig å holde søkelys på hva som er relevant for problemstillingen. Jeg forsøkte gjennom hele prosessen å knytte spørsmålene og resultatene opp til problemstillingen for å motvirke dette, samt anvendte teori og tidligere forskning for å øke innsikten i hva deltakerne fortalte. Slik ble trådene knyttet sammen, og jeg kunne skape en helhet uten at jeg mistet viktige aspekter på bakgrunn av teoretisk tilknytning. Valg av individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode fremfor andre kvalitative metoder var basert på at kunnskapen jeg ønsket var personlig og at hensikten med prosjektet var å få detaljert informasjon om tankene til enkeltindividene (Thagaard, 2018). Med et semistrukturert oppsett med åpne spørsmål hadde jeg mulighet til å utforske nyanser i hver deltaker sine opplevelser, og kunne følge opp utsagn i deres historie. Dette ga også utøverne mulighet

til å komme med egne refleksjoner, spørsmålene oppfordret til utfyllende svar og kunne tilpasses enkeltindividene. Innholdet i intervjuguiden ble diskutert med veiledere med god kunnskap om både tema og kvalitativ metode. Den ble også pilottestet. Jeg var med dette trygg på at innholdet i guiden favnet informasjonen jeg ønsket å innhente samt at spørsmålene var forståelige og ga mening for deltakerne.

Det vil alltid være risiko for at deltakerne forteller det de tror intervjueren ønsker å høre eller at de holder tilbake informasjon (Kvale & Brinkman, 2015). Dette er vanskelig å kontrollere, men med en introduksjon av meg og min rolle forsøkte jeg å etablere tillit slik at de kunne være åpne og ærlige om sine tanker. Dette involverte en tydeliggjøring av at jeg ikke hadde hatt en rolle i planlegging av BEAST-intervensjonen, da dette kunne ha preget deltakernes beskrivelser av rehabilitering, opptrapping og testing. Jeg vurderte om deltakerne skulle få spørsmålene til gjennomlesning før intervjuet for å øke følelsen av trygghet og forutsigbarhet (Thagaard, 2018). Dette ble imidlertid forkastet fordi jeg anså deres spontane svar og reaksjoner som verdifulle. Det genuine i deltakernes umiddelbare tanker uten tilpasninger og justeringer av innhold var fordelaktig.

Forskerens posisjon og bakgrunn er avgjørende for validitet (Kvale & Brinkman, 2015). Jeg har i den forbindelse beskrevet min forforståelse og hvordan jeg opptrådte i feltet. Gjennom intervjuene er det forskerens oppgave å avdekke erfaringer, fortolkninger og meningsinnhold i det intervjupersonene forteller. Kunnskap om tema og kommunikative ferdigheter er i den forbindelse avgjørende (Kvale & Brinkman, 2015). Min posisjon som kvalitativ forsker var ny, og jeg hadde ikke tidligere gjennomført kvalitative forskningsintervjuer. Jeg hadde imidlertid god kjennskap til tema og erfaring med å snakke med utøvere med ACL-skader om deres situasjon. På bakgrunn av manglende erfaring med kvalitativ forskning gjennomførte jeg to pilotintervjuer. Jeg fikk slik trent på intervjusituasjonen, transkribering og koding. Dette gjorde meg bevisst på egen atferd og språkbruk. Veiledere ga tilbakemelding på min rolle i intervjuene, og jeg fikk konkrete arbeidsoppgaver som jeg forbedret. Pilotintervjuene ble transkribert og kodet med de to første stegene i Braun og Clarke (2006) sin modellen for tematisk analyse. Dette gjorde meg kjent med analyseprosessen før datainnsamling, og bidro til at jeg under intervjuene og arbeidet med dataene i større grad klarte å reflektere rundt det

deltakerne beskrev. Pilotintervjuer og bearbeidelse av disse gjorde meg bedre rustet til å gjennomføre studien.

Ekstern validitet: overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt kunnskapen avdekket innenfor prosjektets rammer kan være relevant i andre situasjoner av lignende karakter. Kvalitative studier søker forståelse av det fenomenet vi studerer, og resultatene er unike for denne gruppen individer. Våre tolkninger kan imidlertid også være relevante i andre sammenhenger og kan gi innsikt som kan benyttes bredere (Thagaard, 2018).

Utvalget i studien og deres spesifikke trekk er sentralt når det kommer til studiens overførbarhet (Thagaard, 2018). Utvalget i masterprosjekter fikk en unik oppfølging gjennom BEAST, det var kun utøvere innen fotball og håndball, og samtlige hadde svært høy motivasjon for retur. Tolkningene er av den grunn i størst grad overførbare til svært motiverte ikke-profesjonelle håndball og fotballspillere som får lignende type oppfølging før RTI. Dette er en utøvergruppe med svært mange aktive på landsbasis, tolkningene kan slik være relevant for mange individer (Norges-Idrettsforbund, 2019). BEAST har kriterier for inklusjon og eksklusjon som blant annet utelukker utøvere under 15 år og med kneskader som involverer flere strukturer. Det kan i den forbindelse tenkes at tolkningene fra masterprosjektet har mindre overføringsverdi til yngre utøvere eller de med større skader som gjerne har andre elementer og retningslinjer i sin rehabilitering.

Individuelle idretter som turn, kampsport og ski er ofte representert i ACL-skadestatistikken, det samme er lagidrett som basketball, volleyball og innebandy (Ristić et al., 2010; Visnes & Kroken, 2019). Tolkninger fra masterprosjektet kan ha overføringsverdi til utøvere i andre lagbaserte vridningsidretter med likheter i prestasjonssetting og faktorer relatert til lag, spilletid etc. Slik sett kan enkelte aspekter ved prosjektet også ha relevans for profesjonelle lagutøvere, men profesjonelle har samtidig andre forutsetninger for rehabilitering, økonomiske aspekter ved retur og et større ytre press. Nevnte lagrelaterte faktorer er ikke tilsvarende i individuelle idretter, tolkningene fra masterprosjektet relatert til prestasjonssetting og lagtilhørighet er av den grunn ikke overførbare til individuell idrett. Tolkninger basert på refleksjoner rundt mer

generelle aspekter ved ACL-skader, operasjon og rehabilitering kan imidlertid være relevante også for disse utøverne.

Masterprosjektet er på linje med tidligere forskning gjennomført i høyinntektsland. Tolkningene gir av den grunn informasjon om utøvere bosatt i land som tilbyr omfattende medisinsk oppfølging uten krav til at utøverne har store økonomiske ressurser. Deltakernes geografiske lokalisasjon var tilknyttet Oslo og slik sett et begrenset geografisk område. De var likevel fra ulike bydeler og representerte med dette mangfoldet en by på Oslos størrelse har. Med bakgrunn i den norske idrettsmodellen drives også breddeidrett på forholdsvis like premisser. Geografisk lokalisasjon vil slik ha liten betydning for involvering i idrett. Restriksjoner relatert til Covid-19 hadde stor betydning for utvalget med svært redusert mulighet for idrettsdeltakelse. Ingen tidligere eller fremtidig forskning på feltet har blitt eller vil trolig bli gjennomført under de forutsetningene Covid-19 førte med seg, og majoriteten av deltakerne ville mest sannsynlig ha returnert til kamp ved intervju tidspunktet om det ikke hadde vært for den pågående pandemien. I så måte ville de kunne hatt andre erfaringer og tanker rundt RTI.

4.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet og troverdighet (Thagaard, 2018). Ofte settes dette i sammenheng med om resultatene kan reproduseres (Kvale & Brinkman, 2015) og innebærer redegjørelse av hvordan data er fremskaffet og analysert, samt hvilken rolle forskeren har hatt i feltet (Thagaard, 2018). I metodekapittelet har jeg beskrevet min fremgangsmåte og forsøkt å gi en transparent og detaljrik beskrivelse av alle aspekter ved prosjektet. Ytterligere betraktelser rundt fremgangsmåte relevant for studiens reliabilitet redegjøres for videre.

Jeg inkluderte seks deltakere. Dette er i nedre sjiktet av Kvale og Brinkman (2015) sine anbefalinger, og inklusjon av flere deltakere kunne styrket studien. Valg om å avslutte rekrutteringen ble tatt i samråd med veiledere grunnet feltets metningsgrad og i tråd med loven om fallende utbytte (Kvale & Brinkman, 2015). Mindre utvalgsstørrelser kan også ha fordeler i form av økt mulighet til fokus på analyseprosessen (Kvale & Brinkman, 2015), og det er anbefalt at forskere med liten kvalitativ erfaring benytter mindre utvalg slik at analyseprosessen forenkles (Thagaard, 2018). Med bakgrunn i disse aspektene vurderte jeg inklusjon av seks deltakere å være hensiktsmessig.

Reliabiliteten til prosjekter kan styrkes ved at flere forskere deltar (Thagaard, 2018). Ideelt kunne intervjuene blitt transkribert av to uavhengige personer for å oppklare ulikheter i fortolkningene. Dette ville imidlertid gått ut over masterprosjektets omfang og rammer. For å sikre nøyaktighet i transkripsjonsprosessen lyttet jeg derfor gjennom lydfilene i sin helhet en ekstra gang etter transkripsjon og korrigererte feil eller uklarheter. Dette ga også en dypere innsikt i datamaterialet forberedende for analysen.

Bakgrunnen for valg om å bruke tematisk analyse i bearbeidelse av datamaterialet er tidligere redegjort for. Samtidig er det viktig å være klar over at denne metoden også har svakheter. Metodens fleksibilitet kan gi en lite konkret fremgangsmåte som i ettertid gjør det vanskelig å på en transparent måte fremlegge hvordan analysen og bearbeidelse av resultatene er gjennomført. For å motvirke dette har jeg forsøkt å beskrive hvordan de ulike trinnene i prosessen ble gjennomført i detalj. Min tolkning er avgjørende i analyseprosessen. Jeg forsøkte å være objektiv i dette arbeidet gjennom å beskrive både likheter og motsetninger i dataene og å tilpasse temaer og undertemaer til dataene, ikke omvendt. I arbeidet med resultatene forsøkte jeg å tydeliggjøre sammenhengen mellom primær og sekundærdata. Dette innebar et markert skille mellom sitering av deltakerne og hva som var mine tolkninger. Jeg beholdt gjennom prosessen mange sitater fra deltakerne slik at jeg bevarte essensen i det de fortalte da analysen skred frem. Slik opplevde jeg at det autentiske i beskrivelsen ble ivaretatt gjennom en troverdig fremstilling av deres refleksjoner (Thagaard, 2018). Det er alltid en balansegang mellom nøyaktighet i analysearbeidet og kreativitet i fortolkning. (Kvale & Brinkman, 2015). Jeg var bevisst dette og forsøkte å veie disse to aspektene opp mot hverandre. Jeg vil med dette hevde at jeg har analysert dataene på en måte som ivaretar metodisk kvalitet og med tydelighet i hvordan jeg har gått frem i prosessen.

I arbeidet med resultatene skred ulike begreper frem som fellestrekk i datamaterialet. I tråd med den induktive tilnærmingen var det i den forbindelse behov for å knytte dette opp til teorier og modeller for å gi dybde til begrepene. For å favne omfanget av resultatene var det behov for å trekke inn to teorier i tråd med oppgavens overordnede biopsykososiale perspektiv. Valget falt i den forbindelse på Selvbestemmelsesteorien utviklet av Deci og Ryan. Denne teorien beskriver indre motivasjon og menneskelig utvikling på en bred og nyansert måte, og var slik sett godt egnet. I tillegg var det behov for et perspektiv som i større grad beskrev pasientrollen. Her ble Antonovskys teori om

sammenheng funnet relevant. Diskusjon rundt teoretisk forankring av oppgaven med fordeler og ulemper ved ulike teoretiske ståsteder ble diskutert med veiledere for på best mulig måte bruke teorier som passet resultatene.

4.5.3 Forskerrolle og objektivitet

Forskerens bakgrunn og forforståelse har innvirkning på kvalitativ forskning (Markula & Silk, 2011) og kvaliteten på dataene som fremskaffes avhenger av intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet (Kvale & Brinkman, 2015). Forskerrollen er slik av stor betydning for studiens troverdighet. En kvalitativ forsker med kjennskap til miljøet har en fordel i form av økt innsikt i tema som studeres (Thagaard, 2018). Min bakgrunn som fysioterapeut med kunnskap og erfaring knyttet til ACL-skader og rehabilitering, samt håndball og fotball er redegjort for. Kjennskap til feltet gjorde at jeg hadde gode forutsetninger for å forstå deltakernes situasjon og gjorde det lettere å komme med relevante oppfølgende spørsmål i intervjuene. Begreper og terminologier utøverne brukte ga mening på bakgrunn av min forforståelse (Thagaard, 2018). Samtidig kan min forforståelse ha gjort det utfordrende å skille tidligere erfaringer fra det informantene fortalte. Jeg kan ha tatt den enkeltes svar for gitt og ikke klart å opprettholde en åpent syn på informantens refleksjoner (Thagaard, 2018). I relasjon til min rolle valgte jeg under rekrutteringen å ekskludere to utøvere grunnet tidligere terapeut-pasientrelasjon. Dette ble gjort for å fremme min objektivitet. Jeg forsøkte underveis i intervjuene å være bevisst på min rolle og å følge opp deltakernes utsagn fremfor å komme med eksempler eller tolkninger basert på tidligere kunnskap og erfaringer. I analyseprosessen forsøkte jeg å være bevisst på at mine tolkninger ikke bar preg av tidligere erfaringer. Veiledere kom også med nyttige innspill på enkelte av deltakernes utsagn om det var viktige aspekter jeg ikke hadde oppfattet eller plukket opp. Slik sikret jeg tolkningen av forskningspersonenes utsagn i lys av deres livsverden. Det er likevel viktig å se resultatene og diksjonene i lys av min bakgrunn.

5. Resultat

Masterprosjektets formål var å undersøke hvordan ikke-profesjonelle utøvere rekruttert fra en strukturert rehabilitering opplever veien tilbake til vridningsidrett etter ACLR samt å undersøke hva som hadde betydning for deres opplevelse av å være klar for å returnere til idrett. Jeg vil starte med å beskrive utvalget. Deretter vil jeg legge frem hovedtemaene fra analysen: 1) mestring, 2) tilhørighet og 3) trygghet og kompetanse, med tilhørende undertemaer (tabell 1).

Tabell 1: Resultater med hovedtemaer og undertemaer avdekket i analysearbeidet

Hovedtemaer	Undertemaer
1. Mestring	1. Operasjon, rehabilitering, opptrening og testing 2. Fysioterapeuten 3. utfordringer og personlig vekst
2. Tilhørighet	1. Fellesskap 2. Støtte
3. Trygghet og kompetanse	1. Re-skade 2. Prestasjon

Beskrivelse av utvalg

Deltakerkarakteristikk med fiktive navn er beskrevet i tabell 2 sammen med score på spørsmål om motivasjon og på ACL-RSI. Utvalget besto av tre kvinner og tre menn i alderen 17-32 år, hvorav to håndballspillere og fire fotballspillere. De var kommet til mellom 10-20 måneder postoperativt når intervjuet ble gjennomført. Fem deltakere hadde svart på ACL-RSI ved 12 måneder postoperativt med gjennomsnittlig score på 77,5. Håkon var ikke kommet til 12 måneder postoperativt, men hadde en score på 69,2 ved 10 måneder. Deltakerne var sterkt motivert for RTI med en gjennomsnittlig score på 9,6/10 på spørsmål én om vilje til RTI, 9,5/10 på spørsmål to om viktigheten av RTI og 9,8/10 på spørsmål tre om de trodde RTI var mulig. Ved intervjutidspunktet var fem deltakere i opptrening av idrett i form av at de var fullt eller delvis med på trening, men hadde ikke returnert til kamp. Petter hadde som eneste utøver returnert til kamp, men dette var før Covid-19.

Fra 11.mars 2020 var det som følge av pågående Covid-19 pandemi restriksjoner på all idrettsaktivitet. Organisert idrett var helt stengt fra 11.mars til oppstart med trening ute i

små grupper uten kroppskontakt i slutten av april. Regjeringen besluttet å åpne idrett for barn- og unge under 20 år i grupper på inntil 20 personer fra 1.juni (Norges-Idrettsforbund, 2020), og fra 1.august ble avstandskrav ved idrettsarrangementer innen kretsen for barn og unge under 20 år fjernet og kampaktivitet ble gjenopptatt. Fra 12.oktober åpnet det på nasjonalt nivå for at breddeidretten og utøvere over 20 år kunne begynne med idrettsaktivitet med kontakt, men kamper var fortsatt ikke tillatt (Norges-Idrettsforbund, 2020). Idrettsklubber i Oslo var imidlertid unnlatt fra denne åpningen grunnet høyt smittetrykk (Oslo-Idrettskrets, 2020). Dette omfattet deltakerne i prosjektet da alle over 20 år var tilknyttet klubber i Oslo. Pandemien hadde stor innvirkning på mulighet for deltakelse i idrett for alle deltakerne fra 11.mars 2020 frem til intervjuene, og spesielt for de over 20 år. Det er rasjonelt å anta at flere trolig hadde returnert til kampaktivitet uten restriksjonene.

Tabell 2: Deltakerkarakteristikk

	Lise	Kaia	Petter	Håkon	Thomas	Siri
Alder (år)	32	20	19	17	22	26
Kjønn	Kvinne	Kvinne	Mann	Mann	Mann	Kvinne
Idrett	Håndball	Fotball	Fotball	Fotball	Fotball	Håndball
Tid siden operasjon (mnd)	19	13	20	10	20	16
ACL-RSI (mnd gjennomført)	69,2 (12)	100 (12)	69,2 (12)	69,2 (10)	70 (12)	79,2 (12)
Status RTI	Ikke kamp/fullt trening	Ikke kamp/fullt trening	Fullt/fullt	Ikke kamp/delvis trening	Ikke kamp/delvis trening	Ikke kamp/delvis trening
1. Hvor mye er du villig til å satse for å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet?	10	10	10	8	10	10
2. Hvor viktig er det for deg å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet?	9	10	10	10	8	10
3. Tror du det er mulig å komme tilbake til tidligere idrettsaktivitet?	10	10	10	10	9	10

Motivasjonsspørsmål 10-punktsskala:

Spørsmål 1: 1 = ikke villig i det hele tatt, 10 = veldig villig.

Spørsmål 2: 1 = ikke viktig i det hele tatt, 10 = veldig viktig.

Spørsmål 3: 1 = ikke mulig, 10 = mulig.

5.1 Opplevelsen av rehabiliteringen og veien tilbake til idrett

Jeg vil videre beskrive masterprosjektets resultater basert på hovedtemaene: 1) mestring, 2) tilhørighet og 3) trygghet og kompetanse, med tilhørende undertemaer illustrert av deltakernes sitater. Med bakgrunn i masterprosjektets brede problemstilling var det nødvendig å ta valg underveis i form av hvilke data som ble vektlagt i endelig utarbeidelse av resultatene. I kvalitative studier innhentes store mengder data. Som

forskere må vi gjennom dekontekstualisering velge ut data med spesiell betydning for gitt problemstilling og som kan utvide vår kunnskap. I sammenheng med dette utelukkes en del informasjon, en naturlig prosess i kvalitative studier (Malterud, 2017).

5.1.1 Hovedtema 1: Mestring

Mestring ble identifisert som første hovedtema. Deltakerne beskrev høy grad av indre motivasjon knyttet til idrettsdeltakelse og ønske om retur. De uttrykte svært stor tro på egen kompetanse og mestring, noe som støttes av svarene på spørsmålet de fikk gjennom BEAST om troen på at det var mulig å komme tilbake til idrettsaktivitet. De møtte utfordringer gjennom rehabiliteringen, men fikk positive opplevelser gjennom å håndtere disse på en god måte. Dette videreutviklet troen på egne evner, opprettholdt fremdrift og indre motivasjon av stor betydning for gjennomføring av rehabiliteringen og opplevelsen av å være klar for RTI.

Operasjon, rehabilitering, opptapping og testing

Utøverne hadde en gjennomgående holdning til at operasjon, rehabilitering og RTI var en krevende prosess, men at dette var mulig å mestre gjennom hard jobbing og dedikasjon. Samtlige kom med utsagn relatert til sterk grad av tro på egen kompetanse og så på retur som noe håndterbart. Kombinert med sterk indre motivasjon opprettholdt de innsats og fremdrift i rehabiliteringen. De hadde tillit til egen evner til å løse denne utfordringen og at deres handlinger var utfallsgivende for resultatet. Det var av den grunn mulig å lykkes, Thomas forteller: *«...så tenkte jeg at det var like greit å bare få det operert og å gjøre den jobben som skal til da. Så det ble jeg ganske bestemt på fort, at jeg skulle gjøre».*

Utøverne brukte utsagn som å «gjøre jobben», å «jobbe hardt», eller med Petter sine ord: *«det er på en måte en challenge da, som jeg vil fullføre».* Han hadde også troen på at han ville mestre denne oppgaven bedre enn andre: *«...jeg har også fått høre det da, at de fleste som ryker korsbåndet ikke klarer å komme tilbake til idretten. Men for meg er det som en utfordring, og jeg liker å ta sånne utfordringer og vise at det er noe jeg kan».* Utøverne hadde tidligere erfaringer med å lykkes med utfordringer, i tillegg bidro et sterkt konkurranseinstinkt til at de ønsket å klare dette. Alle fikk råd om å operere om de ønsket å fortsette med idrett og de så av den grunn på dette som den eneste veien videre: *«jeg var veldig sann; ta operasjon, trene meg opp også komme meg tilbake»*

(Kaia). Utøverne var selvstendige i beslutningen om ACLR og opplevde autonomi i avgjørelsen. De ønsket operasjon raskt slik at de kunne planlegge prosessen videre, og komme i gang med jobben de selv opplevde å kunne påvirke. Å få en operasjonsdato som satte rehabiliteringen i perspektiv tidsmessig ga forutsigbarhet og gjorde det mulig å starte fysiske og psykiske forberedelser.

Utøverne fulgte gjennom BEAST en opptrappingsplan mot idrettsaktivitet, men med modifikasjoner som følge av Covid-19. De hadde utelukkende positive opplevelser knyttet til opptrappingsplanen og den bidro til å fremme troen på egen mestring. Planen ga forutsigbarhet, oversikt og satte rehabiliteringens omfang og varighet i perspektiv. Gjennom konkrete målsetninger og milepæler bidro den til en forventningsavklaring og tydeliggjorde hva som krevdes for å returnere. Der timene med fysioterapeuten ofte ga en subjektiv evaluering og dialog rundt situasjonen, ga opptrappingsplanen et konkret og målbart bilde på progresjon som gjorde det lettere å se fremskritt. Det var oppmuntrende og motiverende å se at de tok de riktige stegene, Thomas forteller: *«hvis ikke jeg hadde hatt den opptrappingsplanen da, så blir man litt sånn, «ah, hva er vitsen, hva er neste steg?», man føler ikke helt at man tar så store steg da. Du ser jo ikke hele, ja, så det hjalp jo litt med det å se, sette alt i perspektiv. Vite at det faktisk ikke er så lenge til»*. Planen forpliktet med hensyn til hva utøverne selv måtte ta ansvar for, og gjennom at de opplevde delmålene som meningsfulle økte deres delaktighet i prosessen. Dette gjorde det lettere å regulere belastning på lagtreninger, da planen tydeliggjorde hva de kunne delta på: *«det har egentlig vært veldig, veldig bra og veldig nyttig, fordi da har man på en måte alltid sett hvor man ligger an da og hva man kan og ikke kan gjøre»* (Håkon). I tillegg forenklet planen kommunikasjon med trenere. Planens progressivitet bidro til trygg oppnåelse av mål og ga tillit til at jobben de la ned var bra nok: *«det var veldig greit å slå seg til ro med,, å få den selvtilliten på at det du har gjort er bra nok. Ikke den der evige kampen mot at jeg skulle gjerne vært litt sterkere, jeg skulle gjerne vært litt raskere»* (Siri).

Utøverne gjennomførte regelmessig testing. Dette var av samtlige sett på som et positivt bidrag for veien tilbake til idretten. Testene ga en trygghet på innsats og kvaliteten i gjennomføring av rehabiliteringen. De ga konkrete mål på progresjon og tydeliggjorde avkastning av gjennomført trening. Som en følge av testingen fikk utøverne bekreftet økende kompetanse og utvikling. Videre økte testene tilliten til kneets evne til å tåle

belastning, eksempelvis erfarte Håkon og Kaia at de turte å presse kneet mer fordi de hadde sett hvor mye det tålte på testene. Testresultatene veiledet treningsarbeidet videre fordi det ble lettere å se hva som måtte prioriteres. Dette forenklet utøvernes selvstendighet i treningsarbeidet. I perioder med økte symptomer fra kneet ga gode resultater økt pågangsmot til å fortsette arbeidet. Enkelte opplevde testene som utfordrende i starten: *«jeg syntes at hvert fall den der å hinke fra side til side var ganske, de var gufne. Det var litt sånn; det var ekkelt på en måte»* (Håkon). Ved gjentatt testing gikk dette seg imidlertid til og de opplevde også glede ved mestring av testsituasjonen. Petter, Lise og Thomas syntes det var skuffende å motta resultater som var dårligere enn forrige test, eller med mindre fremgang enn forventet. Dette vekket imidlertid konkurranseinstinktet, økte motivasjonen, og førte til at de la ned ytterligere innsats i treningsarbeidet: *«jeg tror jeg ble irritert, men på testen etter det så gjorde jeg det dritbra. Jeg tror jeg fikk litt sånn faenskap. Jeg tror jeg skjønnte at jeg faktisk måtte gjøre det til punkt og prikke og følge det 100%, ikke 90%»* (Thomas).

Fysioterapeuten

Til tross for at utøverne tilskrev mestring i rehabilitering til egne egenskaper og kvaliteter, var alle tydelige på at hjelpen de hadde fått var av stor betydning. Utøverne hadde langvarig og tett dialog med en fysioterapeut som fulgte opp rehabilitering og opptrapping, og som var spesielt viktig for prosessen mot retur. Fysioterapeuten hadde en unik posisjon hos samtlige deltakere, her illustrert med Trines reaksjon på spørsmålet om hvem som hadde vært viktig for henne: *«Definitivt fysioterapeuten min! Herregud, han har vært kjempeflink. Man føler jo at når man går til samme personen i et år, så blir man jo godt kjent til slutt»...«jeg tror det er viktig å ha en sånn tett oppfølging også. Fordi du, det går jo litt i bølgedaler og da er det veldig bra å ha en som kan dra deg litt da»*.

Fysioterapeuten var en veileder, en kilde til informasjon og kunnskap, tilrettela for gjennomføring og progresjon, uttrykte støtte, og ga bekreftelse som bidro til trygghet og tillit til at jobben de la ned ville føre dem frem. En nær relasjon utviklet seg og etablerte en trygg arena der utøverne kunne dele tanker og følelser rundt det de opplevde. Hedda forteller *«...han har jo fungert som en psykolog (ler) også i tillegg. Han er jo, jeg kan jo bare ringe han, sende melding når jeg vil om hva som helst, så svarer jo han. Så det har vært veldig viktig»*. Fysioterapeutens kunnskap og erfaring med ACL-skader var

avgjørende for utøvernes tillit. I etterkant av skaden sjekket de opp hvilke institutter og terapeuter som var dyktige på skaden og oppsøkte steder med kompetanse. Som følge av denne tilliten tilla utøverne fysioterapeutens faglige vurderinger stor vekt, oppfattet disse som relevante og valgte i stor grad å følge rådene. Dette ga en trygghet til prosessen og planen de fulgte. Fysioterapeutens evne til individuelle tilpasninger gjennom å ta hensyn til utøverens preferanser og motivasjon ble satt pris på, og steg frem som følge av god kommunikasjon og tett dialog. Valg knyttet til treningsmengde, belastningsstyring, progresjon og øvelsesutvalg var et samarbeid. Utøverne følte seg dermed sett, og at deres mening var verdsatt, Siri forteller: *«...også var jeg veldig ærlig på hvor mye jeg orket å legge i det. Fordi hvis jeg hadde fått et treningsopplegg som baserte seg på 6 økter i uka, så hadde jeg aldri klart å følge det»*. Når hennes behov ble tatt hensyn til, økte viljen til å følge planen.

Fysioterapeuten motiverte og utfordret utøverne til de neste stegene i opptrappingen. Slik opprettholdt de fremdrift innenfor trygge rammer. De satt igjen med positive opplevelser av å bli utfordret, noe som økte deres mestringstro: *«han har på en måte pusher meg til å gjøre ting i den grad at han ser at jeg på en måte holder tilbake da, at han pusher og sier at det er greit»...«og det har også vært veldig viktig, at det han sier er riktig»* (Håkon). Samtidig holdt fysioterapeuten utøverne tilbake i situasjoner der de hadde belastet for mye, ble utålmodige eller ønsket å ta nye steg før de var klare. Utøverne ønsket å komme raskt gjennom rehabiliteringen og det å bli holdt tilbake kunne være krevende. Å ha en person med et distansert og kunnskapsbasert blikk på situasjonen som holdt dem igjen når det var nødvendig var likevel positivt. Tiltroen til at fysioterapeuten satt på ekspertkompetanse utøverne selv ikke hadde gjorde at rådene ble fulgt: *«Så jeg kunne jo gjort masse rart som jeg ikke skulle gjort for tidlig da. For jeg har jo vært ganske ivrig da, jeg ville jo bare tilbake ikke sant. Så han har vært flink til å holde meg igjen da, når det trengs»* (Kaia). Dette styrket tillitsforholdet og skapte en trygghet til prosessen og deres felles plan.

Utfordringer og personlig vekst

Utøverne beskrev en rekke utfordringer, men opprettholdt høy grad av tro på egen kompetanse som følge av at de håndterte utfordringene på en god måte. De vokste på denne opplevelsen. Kaia foreller: *«Grunntanken min har vært «jeg skal komme tilbake», og det har den alltid vært. Jeg har jo hatt noen dager da, eller noen øyeblikk der jeg har*

vært ganske langt nede...men jeg har ikke tenk «jeg skal ikke tilbake», jeg har bare tenkt, «det her blir vanskelig». Hvis jeg vil komme tilbake til den banen der så må jeg bare gjøre jobben på styrkerommet, så skal jeg komme tilbake dit».

Det tok for alle lengre tid enn de hadde håpet og forventet fra skaden til operasjon. Dette resulterte i frustrasjon, sinne, oppgitthet og utålmodighet, mye grunnet at operasjon ble sett på som en milepæl for starten på retur: *«...jeg ble veldig sånn frustrert og ville bare...det var egentlig bare det jeg venta på da, operasjonen. Fordi jeg tenkte sånn; før operasjonen så kan jeg ikke gjøre noe»* (Petter). Den første perioden postoperativt var utfordrende. Smerter og nedsatt funksjon førte til usikkerhet på fremtiden. De beskrev også fremmedgjøring av egen kropp på bakgrunn av redusert bevegelsesevne. Å være svekket var ikke i overensstemmelse med identiteten som idrettsutøver, i tillegg var de i denne perioden avhengig av støtte fra andre og mistet sin selvstendighet. Tålmodigheten og motivasjonen ble utfordret gjennom rehabiliteringen. Det var frustrerende å måtte roe ned eller å holdes igjen på grunn av symptomer fra kneet. Flere ønsket heller å trene med laget sitt enn alene, spesielt gjaldt dette de som ikke syntes rehabiliteringsøvelsene var givende og morsomme å gjennomføre. Covid-19 gjorde at alle utenom Petter fikk en ufrivillig utsettelse av siste del av rehabiliteringen. Dette skapte frustrasjon og utålmodighet etter å komme i mål: *«det synes jeg er litt kjipt da. At når man har jobbet så hardt, men så får man ikke gjort så mye med situasjonen»* (Lise). De hadde et rasjonelt forhold til restriksjonene, samtidig kjente de på skuffelsen over at arbeidet de hadde lagt ned ikke fikk direkte avkastning i form av en offisiell retur til kamp.

Å jobbe systematisk og målrettet gjennom en lang rehabilitering var i seg selv en stor seier. Deltakerne hadde stort eierskap til prosessen, og hensiktsmessig håndtering av utfordringer ble tilskrevet egne egenskaper som utholdenhet, tålmodighet, vilje og mental tøffhet. Dette bidro til stolthet over egen innsats og økt mestringsstro. Utøverne opplevde personlig vekst i form av at de nå så på seg selv som sterkere og mer mentalt motstandsdyktige, Siri forteller: *«nå brukte jeg jo hele dette prosjektet på å bli mentalt sterkere også. Så det har jo vært spennende det og, å tenke at man ikke kan la de tingene der knekke seg. Selv om man synes det er kjipt så må man jo bare få seg en ryggrad»*. Dette var også fordelaktig i å takle utfordringer utenfor idretten: *«...det hjelper deg jo senere i livet også, det å på en måte klare det da – å tenke positivt i en så*

54

tung tid» (Kaia). Lise, Kaia og Thomas beskrev at erfaring med tilbakefall i rehabiliteringen gjorde at de nå håndterte motgang bedre enn før. Rehabiliteringen bedret også utøvernes fysiske egenskaper i form av at det nå var bedre trent enn de noen sinne hadde vært, og de tilegnet seg verdifull kunnskap om trening og rehabilitering som de tok med seg videre: *«...jeg trente jo styrke før skaden, men ikke like mye»...«jeg har blitt mye sterkere og forstått at det er jo viktig at alle musklene henger sammen i kneet»* (Kaia). Dette gjorde dem til mer komplette utøvere.

5.1.2 Hovedtema 2: Tilhørighet

Fellesskap

Fellesskapet laget innebar var en viktig motivasjon for retur. Utøverne satt stor pris på faste møtepunkter, og å være en del av en gjeng som jobbet sammen mot et felles mål. Mange hadde sitt sosiale nettverk på laget. Idretten var slik ikke kun en arena for konkurranse og trening, men også en sosial møteplass. Utøverne betegnet laget sitt som en familie og gode venner, noe de ikke ville være foruten: *«det er ikke noe jeg har lyst til å stå utenfor. Det er på en måte ikke noe valg for meg da»* (Thomas). Som følge av fellesskapsfølelsen og sterk klubbtilhørighet var det for enkelte viktig å delta i laget underveis i rehabiliteringen og de opplevde egen tilstedeværelse som betydningsfull for lagkameratene, Kaia forteller: *«Det var veldig viktig for meg da, å være med og ikke bare falle ut av det sosiale, og å bli med på det jeg kan»*. Samtidig trakk andre seg noe unna, spesielt i starten av rehabiliteringen, fordi de hadde behov for å konsentrere seg om egen rehabilitering i en periode de i liten grad kunne være med på fellesaktiviteter.

I tråd med tilhørighet og fellesskapsfølelsen var det å spille kamp sammen med laget viktig, og utøverne knyttet positive følelser til konkret atferd som å ta på drakta. Det var av stor betydning å bære lagets uniform. Dette var et synlig tegn på medlemskap i gjengen, og drakta representerte en stolthet og tilhørighet som var savnet: *«bare det å ta på seg drakta igjen og føle at man på en måte er en del av, for jeg er jo en del av laget selv om jeg er skadet, men liksom føle at man bidrar litt da typ, at man er ordentlig en del av laget. Altså at jeg får lov til å bidra til å skaffe poeng da. Det er på en måte det man mangler litt»* (Kaia). Kaia beskriver også betydningen av å bidra til lagets prestasjoner. Deltakerne hadde vært lagspillere i et fellesskap med sterk opplevelse av «vi», men ble ved skaden plutselig satt utenfor dette fellesskapet. Lise forteller hva hun så frem til ved retur: *«å spille kamp igjen sammen med de andre og se hvordan vi er»*.

Utøverne beskrev også særegne emosjoner som unik stemning, spenning, nervøsitet og forventning relatert til kamp som viktig ved den sosiale tilhørigheten. Restriksjoner i forbindelse med Covid-19 gjorde at utøverne som hadde stått utenfor laget i forbindelse med skaden for første gang på lenge var i samme situasjon som alle andre. De gikk ikke glipp av treninger eller kamper. En reduksjon i følelsene av å stå utenfor eller å gå glipp av noe ble i den forbindelse beskrevet av flere, Thomas forteller: *«det er jo det med ikke å gå glipp av noe som er en stor greie. Jeg føler liksom ikke at jeg er utelatt. Jeg skjønner jo at vi ikke spiller. Alle er utelatt!»*.

Støtte

Alle utøverne opplevde sterk grad av støtte fra sin fysioterapeut som tidligere redegjort for i oppgaven. Når det gjaldt støtte fra trenere, likemenn og familie var det imidlertid varierte erfaringer blant utøverne. Familien bidro med trøst, oppmuntring og motiverende utsagn i utfordrende perioder, og uttrykte tro på utøverens evne til å returnere. De bisto også med praktisk hjelp til aktiviteter i dagliglivet i nyoperert fase og administrasjon av oppfølging. Familien hadde størst betydning for de yngste utøverne (Håkon, Kaia og Petter), som fortsatt bodde hjemme. De eldre utøverne beskrev også bekreftende støtte fra foreldre, men både Thomas og Siri vurderte dette kritisk og tilla ikke foreldrenes meninger stor verdi. De tolket støtten som noen foreldre uansett ville gjort og betvilte forelderens kunnskap om skaden og idretten. Skryt fra foreldre ble av den grunn ikke oppfattet som berettiget: *«...det føles jo ikke like bra at mamma sier at du har vært flink til å trene en uke som noen som har litt peiling»* (Siri). Utøverne hadde noen nære venner de betrodde seg til om hvordan de hadde det. Vennene ga anerkjennelse av jobben de la ned, deres mentale standhaftighet og tålmodighet samt motiverte til å fortsette arbeidet.

Håkon, Petter og Lise opplevde at trenerne viste dem oppmerksomhet, fulgte opp og uttrykte tiltro til deres evne til retur. Trenerne kjente utøverne godt, de hadde en tett relasjon, og de ble anerkjente som en del av laget til tross for skaden. Trenerne tilrettela øktene, ga rom til å tilpasse aktiviteten til hva utøverne tolererte og respekterte hva de hadde avtalt i samråd med fysioterapeuten. Utøverne følte seg på bakgrunn av dette verdsatt som en viktig brikke i laget, noe som bidro til motivasjon og opplevelse av tilhørighet, Petter beskriver: *«de hadde lagt merke til at jeg hadde trent veldig bra og la merke til at jeg på trening var veldig seriøs. Så de har vært en veldig stor del av den*

rehabiliteringen». Kaia, Thomas og Siri hadde på motsatt side opplevd fravær av støtte og oppmerksomhet fra klubb og trener som resulterte i en følelse av å bli utelatt, oversett og erstattet. Kaia hadde fått nye trenere som ikke kjente hennes kvaliteter, hun forteller: «...vi har på en måte blitt litt glemt. Også har vi hatt veldig stor tropp, fordi de har henta masse spillere. Så de har jo drevet å kasta meg ned på rekrutt, også kasta meg opp igjen og kasta meg ned igjen». Thomas hadde nylig byttet til en klubb på et høyere nivå og hadde ingen tett relasjon med trenerne. Han følte seg verdiløs, og opplevde sorg og skuffelse over hvordan han ble behandlet etter skaden. Klubbens håndtering var ikke slik han forventet; de stilte ikke opp i en periode der han hadde behov for det. Dette gikk ut over selvtilliten. Han forteller: «...men så følte jeg egentlig at jeg bare var der uten å bli snakket med eller noe»....«og da føler du ikke helt at du er en del av laget og ja»...«jeg bare følte ikke helt at de hadde noen plan for meg i det hele tatt, så da tenkte jeg at jeg like gjerne kan trene på egenhånd». Han mistet tilliten til klubben, og innså at han ikke ønsker å returnere dit. På motsatt side førte frustrasjonen over lite støtte fra trenerne for Siri og Kaia sin del til økt motivasjon for retur: «...hvis de ikke er interessert i å spørre, så skal jeg klare dette på egenhånd, jobbe og bli ennå bedre, og bruke det som motivasjon» (Siri). Alle tre uttrykte at det hadde vært gunstig med bedre oppfølging, men opprettholdt på tross av dette troen på egne evner til retur. Likevel hadde dette konsekvenser for Thomas og Siri som involverte seg lite i laget under rehabiliteringen og heller prioriterte å jobbe med egne arbeidsoppgaver.

Samtlige kjente noen som gikk eller hadde gått gjennom lignende skade. Det var verdifullt å dele erfaringer med noen med forståelse, kunnskap og innsikt. Deltakerne var også selv blitt til en andre med ACL-skade kunne snakke med. Det var positivt med andre på laget i samme situasjon fordi utøverne kunne støttet hverandre, og det ble enklere og mer motiverende å gjennomføre rehabiliteringsoppgavene, Kaia forteller: «jeg har aldri likt å gå av treninger, det er jo det verste jeg vet på en måte, men det å alltid ha en som kan gå av treninger med deg og trene på det samme som deg. Psykisk også, altså jeg har jo pratet mye med henne og fått masse tips av henne og fått mange tips av hverandre». Det var motiverende å se hvor langt andre som var operert før dem hadde kommet. Å se disse lykkes i form av å spille kamp ga tiltro til at det var mulig å oppnå RTI og til egen evne til gjennomføring. Tilsvarende ga observasjoner av andre som skadet seg etter dem konkrete eksemplet på hvor langt de selv hadde kommet og bekreftet fremgangen. Siri ble operert samtidig med en lagkamerat. Hun sammenlignet

deres progresjon og opplevde selv å håndtere rehabiliteringen bedre. Følelsen av å være best og å «slå noen» var motiverende og hun beskrev dette som en følge av konkurranseinstinkt. Samtidig fortalte Petter om frustrasjon, urettferdighet og skuffelse over å se fremgangen til en venn med ACL-skade i perioder der han selv hadde smerter og ble holdt tilbake. Han opplevde selv å ha lagt ned mer arbeid og innsats.

5.1.3 Hovedtema 3: Trygghet og kompetanse

Deltakerne opparbeidet seg en grunnleggende følelse av trygget som var viktig i RTI-prosessen og for opplevelsen av å være klar for å returnere, Thomas forteller: *«Nå føler jeg meg veldig klar egentlig. Det er jo det at jeg har en viss trygget til kneet, selv om jeg kanskje ikke nå flyr inn i sklitaklinger, men jeg føler fortsatt at det er en visst trygghet og at jeg tør å stå i og at jeg tør å gå opp i en duell. Og den der tryggheten er jo det jeg tror gjør at jeg har lyst til å spille og det at jeg føler jeg at jeg er klar for kamp».*

Deltakerne kjente fortsatt på økt oppmerksomhet og usikkerhet i situasjoner som utfordret kneet, men tryggheten de hadde bygget gjorde at de var komfortable med å stå i disse situasjonene. Både Petter og Kaia beskrev at de ikke lenger tenkte på kneet i spillsituasjoner og at dette var viktig for prosessen mot retur fordi de nå kunne rette oppmerksomheten mot spillet. Lignende beskrev Håkon at det å kjenne på «idrettsfølelsen» og «gledefølelsen» igjen var sikre tegn på at han kjente seg klar.

Utøvernes trygghet kom frem som et resultat av at de fra tidligere hadde en sterk tro på at de ville klare å returnere, kombinert med støtte, positive erfaringer og bekreftelse i rehabiliteringen. Mestring i rehabilitering og idrettsopptrapping hadde gitt bred erfaring med idrettsrelevante bevegelser og tillit til at kneet tålte spillbelastning. Testing ga objektive og konkrete bevis som styrket denne tilliten og bekreftet deltakernes subjektive opplevelse av å være klar. Tallfestede RTI-kriterier var gunstige milepæler fordi utøverne ved å oppnå disse kjente en trygghet på at kneets funksjon var tilstrekkelig for retur. Kaia følte seg klar, men trengte denne endelige bekreftelsen: *«...jeg skal til test 12.oktober igjen fordi forrige test så lå jeg på 89,4% eller et eller annet sånt (ler)...så hvis jeg får tommel opp, da føler jeg meg klar».* Fysioterapeutens tilbakemelding og godkjenning var også viktig for tryggheten og skred frem på bakgrunn av en nær relasjon og tillit til fysioterapeutens kompetanse. Deltakerne hadde blitt holdt tilbake i situasjoner hvor de ikke var klare for neste steg. Denne erfaringen gjorde at de stolte på fysioterapeutenes vurdering når de mottok godkjenning for retur.

Dette ble da tolket som en endelig bekreftelse på at kneet var bra nok, at de var klare for kamp: *«Det er det som er så fint med fysioen jeg har da, at han passer på meg sånn at jeg ikke kommer for tidlig inn i spillet igjen. Så jeg er jo ganske trygg da, på at fysioen sender meg uti det når jeg er klar for det»...«så når jeg går ut på den banene, så er jeg ikke redd for å skade det på nytt, for da er jeg så klar liksom»* (Kaia). En lengre opptreningsperiode enn planlagt grunnet Covid-19 hadde betydning for tryggheten. Manglende mulighet for kamper ble trukket frem som gunstig for å bygge en bedre fysisk og mental kapasitet før retur og ga økt trygghet på egen kompetanse. Samtida ga begrenset tilgang til treningsfasiliteter bekymring rundt redusert mulighet til å opprettholde og videreutvikle det fysiske grunnlaget de hadde bygget opp. Restriksjonene begrenset også mulighet til nærkontakt i spillsituasjoner og gjorde tilvenning til denne type situasjoner vanskelig, spesielt for de eldste deltakerne. Utøverne beskrev i liten grad at trenerne var involvert i hva som skulle til for at de følte seg klare for retur, dog hadde tre av utøverne som beskrevet fått oppmuntringer fra trenere angående at de hadde troen på at utøverne ville klare å returnere.

Re-skade

Utøverne beskrev en ambivalens mellom trygghet og bekymringer for re-skade. De var klar over risikoen ved retur, kjente andre som hadde skadet seg på nytt, ønsket ikke å gå gjennom prosessen på nytt og ville ikke nødvendigvis operert og returnert ved re-skade. Tryggheten på egen kompetanse og kneets kapasitet gjorde likevel at bekymringene ikke utviklet seg til en frykt for re-skade begrensende for retur. Eksempelvis beskrev Siri hvordan tryggheten på kvaliteten ved egen rehabilitering gjorde at hun ikke fant andre sin re-skade relevant: *«...hun har overhodet ikke har hatt samme oppfølging som jeg har hatt, og da prøver jeg på en måte å slå meg til ro med at hun har ikke gjort samme jobben som jeg har. Så det der kommer ikke til å skje meg fordi jeg har virkelig lagt ned den innsatsen som har skulle vært lagt ned da»*. Bekymringene handlet i hovedsak om økt bevissthet ved bruk av kneet i situasjoner som vendinger, landinger, kontringer og dueller: *«...med den spillestilen som jeg har så kommer man jo til å ligge litt på bakken og det kjenner jeg at jeg gruer meg litt til, gruer meg litt til å peise gjennom på gjennomløp og kanskje få en i siden og lande på knærne. Det kjenner jeg at jeg tenker litt på»* (Siri). Deltakerne deltok likevel i nevnte situasjoner, men innledningsvis med noe reservasjon, var bevisste på å ikke bli for selvsikre og ikke ta unødvendig risiko. Bekymringene påvirket også hvordan de løste spesifikke

bevegelsesoppgaver: *«Jeg har hatt noen fall fordi jeg ikke tør å snu meg, jeg tror det sitter i hodet»...«det er akkurat som at jeg ikke bestemmer over det selv, at jeg ikke vil vri kneet»* (Lise). Utøverne erfarte imidlertid en gradvis reduksjon av usikkerhet gjennom idrettsopptrapping, og Petter og Kaia fortalte at de ikke lenger var bekymret for kneet når de spilte fotball. Erfaring med at kneet tålte belastning ga trygghet og tillit, og alle forventet en reduksjon i usikkerheten i takt med økende erfaring i trening og kamp. En vellykket kampsituasjon ville vært gunstig for ytterligere bekreftelse, men hadde ikke vært en mulighet grunnet Covid-19.

Prestasjon

Det var en gjennomgående forventning om at prestasjonen ville være noe redusert etter skaden. Utøverne beskrev nervøsitet, tap av idrettsspesifikke ferdigheter, timing og flyt i idrettsdeltakelse, Thomas forteller: *«...jeg har en sånn liten frykt på at jeg ikke kommer til å være like god som jeg var da. Jeg føler at det fortsatt sitter i hodet, men i beina så, alt går liksom litt saktere»*. De graderte prestasjoner i opptrapping ut fra de endrede forventningene, og kunne da se positive elementer i prestasjonen til tross for at den ikke var på høyde med tidligere. Utøverne hadde tiltro til at de kunne jobbe seg tilbake til tidligere prestasjonsnivå og bedre: *«...når jeg kommer tilbake, så kan jeg på en måte kjempe meg inn igjen, Altså, jeg klarte jo det før jeg skadet meg, så jeg har jo bare tenkt at jeg får klare det igjen»* (Kaia). Kaia og Lise hadde i rehabiliteringen trent med en gruppe på lavere nivå og fikk kjenne på mestring i idretten gjennom dette. Denne tilvenningsfasen opplevdes som en trygg arena for å bygge kompetanse. De var likevel bevisst på at de skulle tilbake til sitt tidligere nivå. Både Kaia og Thomas erfarte utfordringer med å returnere til et lag hvor trener eller medspillere ikke kjente deres kvaliteter og tidligere prestasjoner. Å overbevise andre om egne ferdigheter når prestasjonen ikke var på høyde med hva utøverne visste de kunne prestere var en utfordring: *«når man er med på den første pasningsøvelsen på halvannet år så tenker du; nå ser jeg så sinnsykt dårlig ut, nå er det ingen her som vil sentre meg ballen»*. Totalt sett hadde utøverne realistiske forventninger til prestasjon i egen kampdebut og så på dette som en videreføring av rehabiliteringen på vei tilbake til tidligere prestasjonsnivå.

5.1.4 Oppsummering av resultater

Resultatene beskriver at utøverne hadde høy grad av indre motivasjon for å komme tilbake til idretten. De hadde stor tro på egen mestring og kompetanse til å håndtere rehabiliteringen gjennom hard jobbing og kunne slik oppnå RTI. Denne troen ble styrket gjennom kvaliteten på rehabiliteringsperioden, testing og opptrapping, samt gjennom sosial støtte med spesiell vekt på fysioterapeutens rolle i rehabiliteringen. Rehabiliteringen var ikke problemfri, men gjennom positive opplevelser med håndtering av utfordringene opprettholdt de fremdrift gjennom prosessen og høy mestringstro.

Utøverne var klar over risikoen ved retur og hadde bekymringer knyttet til dette. De hadde likevel en grunnleggende trygghet på egne evner og tillit til at arbeidet de hadde lagt ned var tilstrekkelig. Dette var i kombinasjon med testresultater og fysioterapeutens godkjenning utslagsgivende for følelsen av å kjenne seg klar for RTI. Trenerne var imidlertid mindre involvert i denne prosessen. Retur var som følge av tryggheten en kontrollerbar risiko de aksepterte for å kunne fortsette med idretten sin. Ingen lot bekymringene gå ut over valget om å returnere og alle forble bestemt på at dette var noe de ønsket. Enkelte opplevde at kneet ikke lenger begrenset dem, men flertallet erfarte fortsatt at skaden påvirket dem i spillsituasjoner gjennom økt oppmerksomhet og redusert prestasjon. De var imidlertid forberedt på at egen prestasjon ikke ville være på høyde med tidligere, og hadde tiltro til at den oppmerksomheten og prestasjonen gradvis ville normaliseres når de kom i gang med kampaktivitet.

6. Diskusjon

I diskusjonen vil resultatene settes inn i en ny sammenheng og struktur. Jeg vil innledningsvis legge frem egenskaper ved deltakerne og tidligere forskning relevant for videre forståelse. Deretter vil jeg drøfte deres opplevelser gjennom rehabiliteringen og tanker om å være klar for RTI opp mot tidligere forskning og i lys av masterprosjektets teoretiske rammeverk. Avslutningsvis følger en refleksjon rundt prosjektets styrker og begrensninger, klinisk implikasjon og videre forskning.

I drøfting av resultatene er det viktig med bevissthet rundt utvalgets kvaliteter. Utøverne i masterprosjektet var sterkt motivert for RTI, dette betydde mye for dem og de hadde stor tro på egne evner til retur. De var i en unik posisjon når det gjaldt oppfølgingen de fikk. Ved å delta i BEAST fikk de regelmessig testing og fulgte en standardisert og individualisert opptrapping til idrett. I tillegg hadde de en fysioterapeut som fulgte dem tett. Ikke-profesjonelle utøvere er funnet å motta oppfølging av lavere kvalitet og kortere varighet etter ACLR (Beischer et al., 2018; Miller et al., 2017; Toole et al., 2017), og av kvalitative studier på ikke-profesjonelle utøvere har kun Heijne et al. (2008) beskrevet en strukturert rehabiliteringsplan og testing, men uten like konkret og idrettsspesifikk opptrapping som i BEAST. Deltakerne i masterprosjektet mottok trolig oppfølging lengre enn mange ikke-profesjonelle og med aspekter som ofte ikke tilbys disse utøverne. Resultatene antyder at dette var gunstig for deres opplevelse av rehabiliteringen og det å være klar for RTI. Dette kan ses i sammenheng med at rehabiliteringen i henhold til SDT bidro til å dekke grunnleggende behov og dermed opprettholde indre motivasjon. Rehabiliteringen etablerte også en setting hvor utøverne opplevde en sammenheng som gjorde situasjonen lettere å håndtere. Jeg vil diskutere utøvernes opplevelser i lys av begrepene autonomi, kompetanse og tilhørighet fra SDT og i hvilken grad oppfyllelse av disse behovene bidro til å gjøre utøvernes situasjon begripelig, håndterbar og meningsfull i henhold til Antonovsky. Av tidligere kvalitative studier har kun Carson og Polman (2017) og Kunnen et al. (2019) brukt begreper fra SDT og ingen tidligere studier har brukt begreper hentet fra Antonovsky.

6.1 *Autonomi i rehabilitering og RTI*

Autonomi beskrives innen SDT som behovet for å være selvbestemt i handlinger og avgjørelser (Ryan & Deci, 2017). Gjennom autonomi fremmes indre motivasjon som

fører til engasjement, interesse og utvikling av kompetanse (Cox, 2007), i tillegg til selvtillit, standhaftighet og bedre prestasjoner (Ryan & Deci, 2000).

6.1.1 Selvstendighet i behandlingsvalg og ønske om RTI

Håndtering av ACL-skader krever stor pasientinnsats. Kliniske retningslinjer anbefaler at pasientene får informasjon om hva skaden innebærer med hensyn til behandlingsvalg, prognose og konsekvenser, slik at de har mulighet til å ta et veloverveid valg vedrørende behandling og RTI (Filbay & Grindem, 2019). Dette innebærer informasjon om tidsaspektet for forløpet (Sonesson et al., 2017) og forventet funksjon på kort og lengre sikt (Feucht et al., 2016). Forventningsavklaring og tilstrekkelig informasjon er viktige fasilitatorer for bedre pasientutfall etter ACLR (Burland et al., 2020).

Resultatene i masterprosjektet beskriver utøvere som var selvstendige i valg om RTI, å gjennomgå ACLR og i valg av fysioterapeut. Avgjørelsene ble tatt basert på indre motivasjon og ønske om å delta i idrett igjen, samt tiltro til at de ville mestre å komme tilbake (Ryan & Deci, 2017). Utfordringen var med dette svært meningsfull for dem (Antonovsky, 1991). Ingen beskrev ytre press, og gjennom autonomi i beslutningene tok de eierskap til rehabiliteringen fra start (Ryan & Deci, 2017). Spesielt var troen på operasjon viktig og ensbetydende med å returnere. Dette er i tråd med Heijne et al. (2008) sine resultater fra ikke-profesjonelle svenske utøvere hvor alle ønsket operasjoner fordi dette symboliserte mulighet for RTI.

Utøverne fikk informasjon om skaden og behandlingsvalg. Dette bidro til en avklaring av forventninger og ga forutsigbarhet som gjorde situasjonen begripelig (Antonovsky, 1991) samt tilrettela for videre engasjement og standhaftighet i prosessen (Cox, 2007; Ryan & Deci, 2000). Å få kjennskap til hvordan prosessen ville se ut samt deres rolle og ansvar økte følelsen av håndterbarhet og opplevelsen av at situasjonen var påvirkbar (Antonovsky, 1991). Oppgaven ble slik beskrevet som krevende, men ikke umulig. Flere kvalitative studier har beskrevet kunnskap om prosessen og behandling som fordelaktig (Disanti et al., 2018; Heijne et al., 2008; Paterno et al., 2019). Carson og Polman (2017) og Kunnen et al. (2019) knytter, som masterprosjektet, dette opp til autonomi og som viktig for indre motivasjon. Forståelse av prosessen er avgjørende for personlig involvering og kontroll.

Tidligere studier beskriver hvordan prioriteringer kan endres og at utøvere velger å ikke returnere til idrett likevel (Burland et al., 2018; Carson & Polman, 2012; Nordahl et al., 2014). Motivasjonsendringen kan være relatert til karriere, utdanning, familie eller frykt (Burland et al., 2018; Kaur et al., 2019; C. Ross et al., 2017; Scott et al., 2018; Tjong et al., 2014). I kontrast til dette endret ingen utøvere i masterprosjektet sin mening, og opprettholdt en indre motivasjon for retur. Resultatene er slik i tråd med Tjong et al. (2014) sin studie fra Canada med inklusjon av utøvere på alle nivåer, der de som oppnådde RTI anga fortsatt idrettsdeltakelse som en høy prioritet og hadde færre konkurrerende forpliktelser. Dette var trolig også gjeldende for utøverne i masterprosjektet. De hadde høy grad av indre motivasjon for å drive med idrett (Ryan & Deci, 2017). I tillegg var hadde ingen stiftet familie og flere var studenter med en hverdag tilrettelagt for idrettsdeltakelse. Det var av den grunn få andre relasjoner eller forpliktelser som begrenset muligheten for å returnere til idrett. Dette er også i tråd med Ardern, Taylor, et al. (2014) sin hypotese på hvorfor vi finner høyere returandel blant yngre utøvere. Valget om å fortsette med idrett ble slik tatt med autonomi basert på utøvernes premisser og ønsker (Ryan & Deci, 2017).

6.1.2 Autonomi i rehabiliteringen

Definisjonen av rehabilitering innebærer individet i førersetet ((St.meld. nr. 21 (1998-99)). Kliniske retningslinjer vektlegger individualisering (Filbay & Grindem, 2019), og individuelle behandlingsvalg beskrives som viktig i kvalitative studier av ikke-profesjonelle utøvere (Disanti et al., 2018; Scott et al., 2018). Rehabiliteringen bør i tillegg være kriteriebasert med jevn progresjon og konkrete mål (Filbay & Grindem, 2019). Målsetninger og milepæler er i kvalitative studier beskrevet som viktig for RTI, og det anbefales at utøver og behandler utarbeider disse sammen (Carson & Polman, 2012; Disanti et al., 2018; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018; Sole et al., 2019). Eksempelvis beskrev Carson og Polman (2017) frustrasjon blant deltakerne over at fysioterapeuten satt rehabiliteringsmål, fordi dette innskrenket deres autonomi.

Utøverne i masterprosjektet fulgte en kriteriebasert oppfølging, men fikk ikke mulighet til autonomi i utarbeidelse av målsetninger da milepæler i testing og opptrappingsplan allerede var fastsatt. Intervensjonen gikk i så måte på tvers av kliniske retningslinjer og tidligere forskning som anbefaler brukermedvirkning. I henhold til SDT ville dette

kunne oppleves som negativt og redusert indre motivasjon (Cox, 2007). Det var imidlertid ikke tilfelle og det er trolig flere grunnet til dette. Utøverne anerkjente at andre hadde mer kunnskap og erfaring knyttet til skaden, og av den grunn hadde bedre forutsetninger til å sette hensiktsmessige mål. Intervensjonen var også utviklet med innspill fra utøvere innen de aktuelle idrettene, målene hadde slik sett medvirkning fra et utøverperspektiv. Dette ikke var den enkeltes perspektiv, men var kanskje heller ikke så langt unna hva utøverne ville ønsket. I tillegg hadde de tatt et selvbestemt valg om å delta på intervensjonens premisser. Delmålene i denne kom ikke fra et indre ønske eller behov, men utøverne godtok å oppgi noe av sin autonomi så lenge dette var den riktige veien til deres selvbestemte hovedmål om RTI. Indre motivasjon ble slik opprettholdt (Hagger & Chaatzisarantis, 2007). At resultatene til Carson og Polman (2017) skiller seg fra masterprosjektets kan komme av at deres utvalg var profesjonelle. For disse innebærer RTI en rekke andre faktorer, eksempelvis forventning om en rask retur. I tillegg kan profesjonelle utøvere ha høyere tanker om eget kunnskapsnivå fordi idretten er deres ekspertområde. Dette kan ha gjort det mer utfordrende å la andre sette mål.

Milepæler i form av opptrappingsplan og testing ga også utøverne forutsigbarhet, oversikt og etablerte forventninger. De satt rehabiliteringen i et tidsperspektiv og ga utøverne konkrete bilder på hvordan prosessen skulle føre dem tilbake på banen. Dette tydeliggjorde også hva som krevdes for å returnere, forpliktet og gjorde det enklere å bidra. Sett i lys av SDT kan det virke som at utøverne gjennom intervensjonen ble ansvarliggjort. Dette muliggjorde medbestemmelse underveis og fremmet den indre motivasjonen til tross for at målsetningene ikke var selvbestemt (Cox, 2007). Slik ble prosessen mer begripelig og utøverne opplevde en sammenheng som gjorde situasjonen lettere å håndtere (Antonovsky, 1991). Dette ble videreført i rehabiliteringen der utøverne opplevde å bli inkludert i avgjørelser. Tilsvarende ble beskrevet i studien til Carson og Polman (2017) der økende autonomi gjennom rehabiliteringen fremmet en følelse av kontroll. Når rehabiliteringen var forholdsvis rigid, ble fysioterapeuten til utøverne i masterprosjektet viktig i etablering av dette autonomistøttende miljøet i form av å ta hensyn til den enkeltes preferanser, og å formidle kunnskapen om prosessen som gjorde det lettere for dem å ta ansvar og bidra med egne refleksjoner. Dette kan ses i lys av Antonovskys beskrivelse der det å oppleve egen situasjon som begripelig gjennom forklaring og forutsigbarhet kan øke oppfattelse av sammenheng (Antonovsky, 1991), og at individuelle tilpasninger gjør situasjonen håndterbar (Sagy, 2017). Sammen med

65

følelsen av kontroll og mulighet for medbestemmelse bidro dette til at utøverne i masterprosjektet opprettholdt innsats og eierskap til prosessen. Når de da opplevde mestring tilskrev de dette til egen suksess og kompetanse som fremmet den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2017)

6.1.3 Utfordringer av betydning for utøvernes autonomi

Deltakerne beskrev ventetiden på operasjon som utfordrende fordi operasjon var en milepæl for starten på RTI, og tiden postoperativt var det de selv kunne påvirke. Dette er også beskrevet i studier på ikke-profesjonelle i Sverige og New Zealand, der utøvere så på operasjon som eneste behandlingsvalg mot retur (Heijne et al., 2008; Scott et al., 2018). Ventetiden utfordret utøvernes selvbestemmelse, da dette var en prosess de ikke kunne kontrollere. Å få en operasjonsdato ble slik oppfattet som positivt, da det ga rammer, struktur, forutsigbarhet, og gjorde situasjonen begripelig (Antonovsky, 1991). Til tross for forventningsavklaring preoperativt var tiden postoperativt krevende. Smerter og nedsatt funksjon ga usikkerhet og frustrasjon samt en realitetsorientering på omfanget av prosessen. En måte å tolke dette på er at utøverne i denne fasen opplevde begrensninger og fysiske reaksjoner de ikke kunne kontrollere, og at kroppens reduserte funksjon på mange måter tok valg for dem. Deres ønsker og behov ble i den forbindelse satt i andre rekke. Gjennom rehabiliteringen var det også for enkelte krevende å følge en standardisert plan med mange restriksjoner og flere uttrykte frustrasjon over å måtte roe ned på grunn av symptomer fra kneet. Deltakerne gjennomførte store deler av rehabiliteringen under Covid-19. Nasjonale og lokale restriksjoner begrenset tilgang til treningsfasiliteter og opptrapping av idrett. Dette ga skuffelse, frustrasjon og maktesløshet, samt gjorde det utfordrende å ta ansvar for treningen. Symptomer fra kneet samt rammene og restriksjonene i rehabiliteringen grunnet Covid-19 svekket i så måte utøvernes autonomi og utfordret den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2017).

6.1.4 Autonomi i RTI-avgjørelser

Kliniske retningslinjer beskriver tre kriterier som bør legges til grunn ved RTI etter ACLR; at utøveren er fysisk klar, mentalt klar og at har det gått tilstrekkelig tid siden operasjonen (Filbay & Grindem, 2019). Avgjørelsen bør bygge på en tillitsbasert konsensus i utøverens, trenerens og fysioterapeutens mening (Brukner et al., 2017; Wiese-Bjornstal, 2010). Retningslinjene anbefaler med andre ord at utøvernes perspektiver ivaretas, men samtidig tydeliggjøres viktigheten av tidsmessige krav og

andre individers meninger. At det har gått tilstrekkelig tid siden operasjonen er et objektivt krav uten store muligheter til fortolkning, og utøverne i masterprosjektet fikk gjennom BEAST tidsmessige kriterier for retur til kamp og til de ulike stegene i opptrappingen. I henhold til SDT ville dette kunne tenkes å redusere autonomi og å gi en reduksjon i motivasjon. Resultatene fra masterprosjektet virker imidlertid ikke å støtte dette. Utøverne respekterte kriteriene og beskrev få emosjonelle utfordringer tilknyttet dette. Noe av forklaringen kan være at de fra starten var informert om omfanget og rammene i rehabiliteringen. Dette lå som et premiss for prosessen og var noe del selv hadde tatt et selvbestemt valg om å gjennomføre (Ryan & Deci, 2017).

Utøverne beskrev en subjektiv følelse utslagsgivende for om de kjente seg klare for retur eller ikke basert på en kombinasjon av psykiske og fysiske prosesser. Til tross for en sterk indre følelse av å kjenne seg klar, tiller de fysioterapeutens synspunkter stor verdi. Dette skred frem på bakgrunn av en nær relasjon og tillit. Deltakernes erfaringer kan tolkes som at de i RTI-avgjørelsen ikke utelukkende hadde behov for størst mulig grad av autonomi og var slik sett ikke i tråd med hva man skulle forvente i henhold til SDT. Autonomi i form av medvirkning var svært viktig, men de opplevde en ekstra trygghet i å ikke måtte stå i avgjørelsen alene og å få en ytre bekreftelse. De ga velvillig uten negative konsekvenser opp noe av sin autonomi til fysioterapeuten og intervensjonens retningslinjer, og hadde tillit til at valget ble tatt på en trygg måte i felleskap. Resultatene er slik sammenfallende med Kunnen et al. (2019) sin studie på fotballspillere, der behandlers godkjenning og tillitt til rehabiliteringen ble trukket frem som viktig i RTI-avgjørelsen.

Hverken utøverne i masterprosjektet eller tidligere kvalitativ forskning beskriver at trenere har en viktig rolle i beslutningen om når utøver kan returnere til full trening eller kamp. For masterprosjektets deltakere kan dette være en følge av at enkelte opplevde mangelfull oppfølging fra sine trenere, i tillegg til restriksjoner på treninger og kamper grunnet Covid-19. Om trenerne hadde hatt en større rolle i RTI-avgjørelsen uten Covid-19 er vanskelig å si, men resultatene fra dette utvalget tyder på at trenerne har liten medvirkning i beslutningen. Sett i sammenheng med tidligere forskning kan dette være gjeldende også på generelt grunnlag. Slik sett er det usikkert om konsensus vedrørende RTI faktisk følger kliniske retningslinjer og involverer trenere (Brukner et al., 2017;

Wiese-Bjornstal, 2010). Muligens bør det jobbes mot at de involveres og bidrar i større grad om retningslinjene skal oppfylles.

Ingen av utøverne i masterprosjektet beskrev ytre press tilknyttet tidspunkt for RTI. Det var grunnet Covid-19 ikke mulig å returnere og av naturlige årsaker ble insentivet for en rask retur, gjerne skapt av ytre press, redusert. Samtidig var det ingen som beskrev slike opplevelser gjennom opptrappingen og for Petter som hadde spilt kamper før Covid-19 var avgjørelsen om retur selvbestemt. Dette samsvarer med Carson og Polman (2017) og Kunnen et al. (2019) sine beskrivelser av at lite ytre press i RTI-avgjørelser fremmer følelse av autonomi, kontroll og selvtillit samt reduserer bekymring. Begge studiene brukte SDT i sine analyser og fant resultatene på dette området motstridene med forskning på generelle idrettsskader for profesjonelle utøvere. Sammen med resultatene fra masterprosjektet tyder dette på at ytre press for RTI muligens ikke er like relevant for ACL-skader og for ikke-profesjonelle. Til syvende og sist veier utøvers mening tyngst i endelig avgjørelse om tidspunkt for RTI. Utøver må selv stå i de situasjonene en retur innebærer og med konsekvensene dette kan ha. For utøvere med den grad av motivasjon og pågangsmot som utvalget i masterprosjektet, vil andre beslutningstakere i RTI-avgjørelsen kanskje ha størst verdi i å bistå i en trygg og forsvarlig retur. Gjennom en felles avgjørelse, støttet av objektive kriterier og uten ytre press skjer returen på riktig grunnlag, med en følelse av trygghet og på utøvers premisser.

6.2 Utøvernes opplevelse av egen kompetanse

Innen SDT er opplevelse av kompetanse et av menneskers grunnleggende behov og et viktig aspekt i utvikling, læring, mestring og selvtillit (Ryan & Deci, 2017).

Kompetanseheving er hele hensikten med rehabilitering, som skal gi best mulig funksjon og mestringsevne ((St.meld. nr. 21 (1998-99)). Tilsvarende beskriver kliniske retningslinjer hovedmålet i ACL-rehabilitering som gjenvinnelse av knefunksjon, fysiske og psykiske forutsetninger tilstrekkelig til å samsvare med idrettens krav (Brukner et al., 2017; Cavanaugh & Powers, 2017; Filbay & Grindem, 2019; van Melick et al., 2016). En stor del av den kvalitative forskningen underbygger disse retningslinjene fordi god knefunksjon og fysiske egenskaper er funnet å fremme trygghet på kneet og på egne evner. Dette har innvirkning på forebygging av frykt, økt mestringstro og selvtillit samt evne til RTI (Carson & Polman, 2008; Carson & Polman,

2012; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Paterno et al., 2019). Jeg vil videre drøfte utøvernes opplevelse av kompetanse i rehabiliteringen og RTI.

6.2.1 Individuell gradert eksponering, progresjon og testing

Det anbefales en progressiv, individualisert og kriteriebasert rehabilitering (Filbay & Grindem, 2019). Med gradvis integrering av idrettsspesifikk aktivitet blir utøveren bedre psykisk og fysisk rustet for RTI (Cavanaugh & Powers, 2017; Filbay & Grindem, 2019). Dette er i kvalitative studier vist å øke tillit til prosessen og til egne evner, fremmer motivasjon og mental motstandsdyktighet, og gjør det mulig å gi seg hen til konkurransen uten fokus på kneet (Carson & Polman, 2017; Johnson et al., 2016; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Sole et al., 2019). Resultatene fra masterprosjektet samsvarer med tidligere forskning på dette området. Rehabiliteringen, opptapping og testing bidro til økt følelse av kompetanse gjennom å gi konkrete objektive bevis på fremgang og økt kapasitet. Dette ga trygghet på kneet og på arbeidet de la ned. Samtidig var langsiktige mål og forventninger om økte evner motiverende, og bygget en følelse av kompetanse når disse ble innfridd. Fysioterapeuten hadde en viktig rolle i å utfordre til fremdrift og å holde igjen ved behov. Slik ble heving av kompetanse gjennomført innenfor trygge rammer, og ved å følge rådene opparbeidet utøverne kunnskap om hva kroppen fortalte dem samt tillit til evnen til å ta gode valg.

Rehabilitering under en pandemi er av naturlige årsaker ikke tidligere beskrevet. Restriksjoner grunnet Covid-19 ga en forlenget opptreningsperiode som bidro til trygghet på egen kompetanse fordi det ga mulighet til å bygge en bedre fysisk og mental kapasitet før retur. Samtids begrenset tilgang til treningsfasiliteter bekymring for redusert mulighet til å opprettholde og utvikle fysiske egenskaper. Tilsvarende er beskrevet av Paterno et al. (2019), der redusert tilgang til rehabiliteringsfasiliteter var en barriere for RTI. Covid-19 begrenset muligheten for nærkontakt i spillsituasjoner og gjorde tilvenning til idrettsaktivitet vanskelig, spesielt for de eldste utøverne. Opptappingen ble av den grunn fulgt med modifikasjoner og de fleste hadde ved intervju tidspunktet ikke fullført kompetansehevingen tilstrekkelig til å dekke idrettens krav (McCall et al., 2017), noe de ellers trolig ville gjort. Pandemien hadde slik både positiv og negativ innvirkning på utøvernes opplevelse av kompetanse.

Tilsvarende Disanti et al. (2018), beskrev masterprosjektets utøvere tilpasninger til utøver og idrett som positivt. Dette gjaldt på strukturelt nivå gjennom idrettsspesifikke aspekter i opptrappingsplanen, og ved at oppfølging og opptrapping ble tilpasset basert på testresultatene, ble rehabiliteringen i tillegg individualisert. I tillegg beskrev utøverne hvordan de sammen med fysioterapeuten ble enige om individuelle tilpasninger i innholdet i rehabiliteringen. Dette tilrettela for en følelse av kompetanse (Hagger & Chaatzisarantis, 2007) og er i samsvar med tidligere kvalitative studiers beskrivelse av at det er fordelaktig at utøver og terapeut sammen styrer progresjon (Carson & Polman, 2012; Disanti et al., 2018; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018; Sole et al., 2019). Slik opplevde utøverne i tråd med Disanti et al. (2018) sine beskrivelser rehabiliteringen som relevant for egne evner til retur. Dette gjorde at rehabilitering ble meningsfull, og økte opplevelsen av sammenheng som forenklet rehabiliteringsprosessen (Solvang & Slettebø, 2012).

Testingen ble av deltakerne i masterprosjektet spesielt trukket frem som viktig for å bygge trygghet på kneet og på egen kompetanse. Heijne et al. (2008) sin studie på ikke-profesjonelle utøvere og Carson og Polman (2008, 2017) sine studier på profesjonelle utøvere beskriver som eneste andre kvalitative studier testing som en viktig strategi for motivasjon og mestring. Hvorfor få studier vektlegger dette er usikkert. Basert på stor variasjon i testbruk etter ACLR (Burgi et al., 2019) og spesielt i oppfølgingen av ikke-profesjonelle utøvere (Beischer et al., 2018; Toole et al., 2017), kan det tenkes at mange av utøverne i tidligere studier ikke har gjennomgått testing og ikke har oppfylt anbefalte RTI-kriterier (Ashigbi et al., 2020; Losciale et al., 2019). Basert på resultatene fra studiene som beskrev testing samt fra masterprosjektet virker testing å være et positivt bidrag i etablering av trygghet på egen kompetanse, motivasjon og mestring.

6.2.2 Økt kompetanse som bakgrunn for personlig utvikling og vekst

I kvalitative studier der utøverne returnerte til idrett beskrives stolthet over egne evner til å overkomme hindringer (Johnson et al., 2016; Mahood et al., 2020; Nordahl et al., 2014). Dette samsvarer med SDT sin forståelse av kompetanse som viktig for personlig utvikling, mestring og selvtillit (Cox, 2007). Utøverne i masterprosjektet opplevde å lykkes med å håndtere utfordringer underveis og tilskrev dette egenskaper som utholdenhet, tålmodighet, vilje og mental tøffhet. De beskrev i samsvar med nevnte studier stolthet over egen innsats. I den forbindelse er kvaliteter ved oppgaven man står

ovenfor viktig (Ryan & Deci, 2017). Oppgavens vanskelighetsgrad kan ha bidratt til utøvernes opplevelse i form av at de så på rehabilitering og RTI som krevende, men overkommelig gjennom hardt arbeid (Cox, 2007). Rehabiliteringen hadde gitt dem positive opplevelse med mestring og læring (Cox, 2007) som fremmet mestringstro (Feltz et al., 2008). Dette kan ha bidratt til en følelse av håndterbarhet i utfordringen de sto ovenfor og situasjonen ble preget av en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1991). Slik opprettholdt de indre motivasjon positivt for innsats og standhaftighet i prosessen (Ryan & Deci, 2017). De hadde tilegnet seg økt kunnskap samt motstandsdyktighet i idretten og i livet generelt. Dette gjorde dem sterkere som mennesker og til mer komplette utøvere. Rehabiliteringen hadde ført til personlig utvikling (Cox, 2007).

6.2.3 Kompetent for retur til idrett

I tråd med nyere perspektiver på RTI-begrepet fulgte utøvernes oppfølging et kontinuum (Ardern et al., 2016). Majoriteten hadde returnert til deltakelse i alle typer aktiviteter, men kun på trening og med redusert prestasjonsnivå. I tillegg hadde Petter returnert til tidligere nivå. Kvalitativ forskning beskriver det som spesielt viktig å bygge kompetanse i den siste RTI-fasen. Fysiske og psykiske forberedelser i opptrapping av idrett vil da fremme mestringstro, selvtillit til kneet og til egne ferdigheter (Carson & Polman, 2008; Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Paterno et al., 2019). Utøverne i masterprosjektet opparbeidet trygghet på kneet og egen kompetanse viktig for RTI-avgjørelsen. Dette virket imidlertid å være en følge av mestring, måloppnåelse og personlig vekst gjennom hele rehabiliteringen og tillit alt de hadde vært gjennom. Kunnen et al. (2019) og Conti et al. (2019) beskriver lignende resultater, der selvtillit i RTI ikke utelukkende var knyttet til kneet og egne ferdigheter, men også til kvaliteter ved rehabiliteringen og fysioterapeuten. Favner oppfølgingen disse elementene, noe intervensjonen til BEAST virket å gjøre, ser utøverne ut til å føle seg kompetente i relasjon til oppgaven de står overfor; retur til idrett (Ryan & Deci, 2017). Den siste fasen av rehabiliteringen er viktig, men det er også erfaringer i de foregående fasene.

I tillegg til at utøverne hadde en indre følelse av å være kompetent for RTI, var ytre bekreftelser i form av testresultater, å nå opptrappingsplanens mål og fysioterapeutens godkjenning viktige bekreftelser på kompetanse. Det anbefales bruk av fysiske tester ved RTI (Filbay & Grindem, 2019) og oppnåelse av kriterier på styrke og hinketester

reduserer risiko for re-skader (Ashigbi et al., 2020). I RTI-avgjørelsen ga testing utøverne en objektiv bekreftelse på at kneet var bra nok. Sammen med godkjenning fra fysioterapeuten bekreftet dette den subjektive opplevelse av å være klar, og kan ha bidratt til at de i liten grad opplevde frykt. Sett i sammenheng med at mange studier beskriver frykt som en barriere for RTI og at kun tre studier oppga bruk av testing, kan det tenkes at testing er fordelaktig i forebygging av frykt ved RTI. Det er behov for ytterligere kvalitativ kunnskap på tema.

6.2.4 Ambivalens mellom trygghet og økt oppmerksomhet

Masterprosjektets resultater støtter tidligere forskning som viser at frykt for re-skade er signifikant forskjellig mellom de som returnerer og ikke (Arderm, Taylor, et al., 2014), og at alle utøvere opplever økt bevissthet, men at de som returnerer tillegger dette mindre betydning (Burland et al., 2019). Utøverne i masterprosjektet erfarte økt oppmerksomhet og usikkerhet i situasjoner som utfordret kneet, og beskrev en ambivalens mellom trygghet på egen kompetanse og bekymringer for re-skade lignende Kaur et al. (2019) og Carson og Polman (2012). Med tiltro til egen kompetanse deltok de likevel, dog med noe påvirkning på gjennomføring av bevegelsesoppgaver. Det kan virke som at troen på egen kompetanse genererte selvtillit tilstrekkelig til å motvirke frykt (Cox, 2007). Dette er i tråd med andre kvalitative studier som kun inkluderte returnerte utøvere, eller en blanding av returnerte og ikke-returnerte (Mahood et al., 2020; Sole et al., 2019; Tjong et al., 2014). Likheten med Kunnen et al. (2019) sine beskrivelser av selvtillit rundt å ikke få en re-skade er påfallende, der deltakerne visste de var klare for retur når de hadde liten tvil til egne evner og lav frykt for re-skade.

Utøverne i masterprosjektet erfarte gradvis redusert oppmerksomhet gjennom opptrapping av idrett som også beskrevet av de returnerte utøverne i Tjong et al. (2014) sin studie. De forventet en videre reduksjon med økende erfaring i trening og kamp. En vellykket kampsituasjon ville vært gunstig for ytterligere bekreftelse, men hadde ikke vært mulig grunnet Covid-19. Enkelte beskrev også at de ikke lenger tenkte på kneet og at idretten på ny ga glede og tilfredshet, lignende Kunnen et al. (2019) sine beskrivelser av kjærlighet til idretten som viktig i RTI. Dette var sikre tegn på at de kjente seg klare, og er i tråd med SDT sin beskrivelse av indre motivasjon for deltakelse i aktiviteter (Ryan & Deci, 2017). Det er viktig at utøvere er klar over risikoen for ytterligere kneskader og re-skade ved RTI (van Melick et al., 2016), men det bør legges til rette for

at de forholder seg til risikoen med en rasjonell bevissthet fremfor frykt, på bakgrunn av trygghet på egen kompetanse tilegnet gjennom rehabiliteringen.

6.2.5 Idrettslige kompetanse ved RTI

Tanker om egen prestasjon er et viktig aspekt ved RTI etter ACLR. Tidligere kvalitativ forskning beskriver dysfunksjonelle fysiske reaksjoner, lav selvtillit, redusert fysisk form og ferdigheter, bekymringer rundt prestasjon, stølhet, spilletid og egen deltakelse (Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Conti et al., 2019; Heijne et al., 2008). Resultatene i masterprosjektet er i tråd med dette, der deltakerne beskrev nervøsitet, tap av idrettsspesifikke ferdigheter, timing og flyt. I henhold til SDT vil en slik opplevd redusert kompetanse være krevende å håndtere, gi lavere selvtillit i idrettsspesifikke oppgaver og redusert indre motivasjon (Cox, 2007). Enkelte av utøverne kjente på dette, spesielt ved retur til lag hvor ingen kjente deres kvaliteter og tidligere prestasjoner. Dette er også beskrevet av Carson og Polman (2017) hos profesjonelle utøvere ved bytte av klubb. Overordnet beskrev imidlertid utøverne i motsetning til nevnte studier et avbalansert forhold til egen prestasjonsreduksjon. På bakgrunn av forventning om redusert prestasjon graderte de egen innsats på nye vilkår og så likevel positive elementer i egen idrettskompetanse. Det nye ferdighetsnivået ble mindre krevende å håndtere (Antonovsky, 1991). Deltakelse i lag på lavere nivå og erfaringer med fremskritt i opptrappingen av idrett bidro til prestasjonsutvikling, troen fremtidige prestasjoner og gjorde at utøverne oppsøkte nye utfordringer. Følelse av kompetanse relatert til prestasjon ble slik ivaretatt (Cox, 2007). Dette kan ses i lys av Podlog et al. (2011) sin beskrivelse av reduserte prestasjonsbekymringer som følge av suksessfull deltakelse og ferdighetsbekreftelse. Videre virket den høye mestringstroen til deltakerne å gi tillit til å kunne oppnå tidligere nivå og bedre. Differansen mellom egen prestasjon og ønsket nivå ble slik en motivasjonsfaktor.

6.3 Betydning av tilhørighet for rehabilitering og RTI

I henhold til SDT er tilhørighet et grunnleggende behov av stor betydning for indre motivasjon. Dette innebærer relasjoner med andre, å bli inkludert og å være en del av fellesskapet. I tillegg er respekt, trygghet, støtte og tillit viktig i for samhandling i disse relasjonene (Cox, 2007). Ved skader skjer et brudd i tilværelsen som gir uforutsigbarhet (Solvang & Slettebø, 2012) og sosiale endringer (Sagy, 2017). I den forbindelse er

personens opplevelse av sammenheng avgjørende (Solvang & Slettebø, 2012). Jeg vil videre drøfte utøvernes opplevelse av tilhørighet i rehabiliteringen mot RTI.

6.3.1 Verdien av støtte utenfor idretten

Tidligere kvalitativ forskning beskriver at støtte fra helsepersonell i fysiske og psykiske forberedelse gir viktig bekreftelse på kompetanse og selvtillit. Tillit er viktig, med trygghet på behandlerens erfaring og kunnskap (Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Disanti et al., 2018; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018; Sole et al., 2019). Tilsvarende kan manglende oppmerksomhet og støtte fra behandler være en barriere i rehabilitering og RTI (Burland et al., 2020; Disanti et al., 2018; Nordahl et al., 2014; Paterno et al., 2019). Utøverne i masterprosjektet beskrev ettertrykkelig at fysioterapeuten hadde vært viktig for flere aspekter ved rehabiliteringen. Dette er redegjort for i tidligere avsnitt. Gjennom en tillitsbasert relasjon var fysioterapeuten en giver av bekreftende, informerende og instrumentell støtte i tillegg til emosjonell støtte i form av en åpen og trygg dialog rundt prosessen (Murphy, 2005). Følelsen av tilhørighet ble slik ivaretatt gjennom relasjonen til fysioterapeuten som bidro til å dekke behovet for samhandling (Cox, 2007) og fremmet indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

Sosial støtte fra familie og venner er også trukket frem i kvalitative studier som viktig i rehabiliteringen og RTI (Burland et al., 2020; Burland et al., 2018; Conti et al., 2019; Disanti et al., 2018; Johnson et al., 2016; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020; Paterno et al., 2019; Scott et al., 2018). Utøverne i masterprosjektet opplevde emosjonell støtte fra familie og venner samt bekreftende støtte gjennom anerkjennelse av innsats, mentalitet og troen på RTI. Familien var også givere av instrumentell støtte gjennom bistand med praktisk hjelp og administrasjon av oppfølging. Familien hadde størst betydning for de yngste utøverne som fortsatt bodde hjemme. Disse hadde ennå ikke «løsrevet seg» fra sine foreldre og opplevde støtten som svært betydningsfull. De eldre utøverne beskrev den bekreftende støtten mer kritisk, betvilte forelderens intensjoner og kunnskap, og tillot deres meninger mindre verdi. Sett i lys av verdien til fysioterapeutens støtte, kan det virke som at støtte vektet avhengig av kildens relevans for den aktuelle utfordringen, og i henhold til SDT kan det virke som at tilliten til støttens troverdigheten ikke var like høy når den kom fra foreldrene (Cox, 2007).

6.3.2 Treneres tilrettelegging for tilhørighet i rehabilitering og RTI

Deltakerne i masterprosjektet beskrev todelte erfaringer med hvordan trener og klubb håndterte skadeavbrekket. På den ene siden beskrev Lise, Petter og Håkon trenere som stilte opp for dem, uttrykker tiltro til deres retur samt tilbød hjelp og støtte. Dette er i samsvar med hva tidligere forskning peker på som fordelaktig med hensyn til å opprettholde motivasjon, øke selvtillit, mestringstro og mulighet for RTI (Burland et al., 2020; Burland et al., 2018; Johnson et al., 2016; Mahood et al., 2020; Scott et al., 2018; Sole et al., 2019). Resultatene er også i samsvar med hva SDT beskriver som viktig for å dekke behovet for tilhørighet, og slik fremme indre motivasjon. I den forbindelse er det naturlig å tenke at Kaia, Thomas og Siri sine opplevelser med manglende støtte fra trener og klubb ville gått ut over gjennomføring av rehabiliteringen (Ryan & Deci, 2017), som tidligere også beskrevet blant utøvere på høyt nivå (Carson & Polman, 2012; Carson & Polman, 2017; Nordahl et al., 2014). Disse tre utøverne beskrev alle følelsen av å bli utelatt, oversett og erstattet, men opplevde dette ulikt. For Thomas resulterte dette sorg, skuffelse, verdiløshet og redusert selvtilliten som skapte et brudd med fellesskapet i form av at han sluttet i klubben. I henhold til SDT ga manglende støtte, respekt og trygghet, som han hadde behov for og forventet, en reduksjon i den indre motivasjonen (Cox, 2007) og opplevelse av sammenheng (Sagy, 2017). Siri og Kaia opprettholdt på sin side motivasjon for RTI med laget.

En forklaring på ulike konsekvenser av manglende støtte kan være varigheten av relasjon til klubben og utøvernes rolle i laget. Siri og Kaia hadde vært i sine klubber i lengre tid og var etablerte spillere. De sto trygt i laget, til tross for manglende støtte fra trener. Thomas byttet klubb rett før skaden og kom fra et nivå lavere enn klubben han signerte for. Han var ikke etablert på laget, og hadde ikke fått vist hva han kunne bidra med i fellesskapet. Relasjonen til klubben var trolig svakere og tilhørighetsfølelsen lavere. Dette kan ha resultert i større grad av negative reaksjoner. Alle tre utøverne mente det hadde vært gunstig med bedre oppfølging, men opprettholdt på tross av dette indre motivasjon for RTI og mestringstro. At de andre grunnleggende behovene i stor grad var dekket og at de opplevde situasjonen å henge sammen kan ha vært tilstrekkelig til å mestre utfordringene de sto i, på tross av manglende støtte fra trenere. Samtidig kan relasjonen til fysioterapeuten og nære andre ha bidratt med støtte tilstrekkelig til å dekke en følelse av tilhørighet. SDT påpeker også at støtte fra andre ikke er en forutsetning for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Trolig ville støtte fra trenere bidratt til å dekke

behovet for tilhørighet i større grad og forenklet prosessen for utøverne. I den forbindelse er det naturlig å tenke at bedre oppfølging i klubben og kommunikasjon med trenere rundt hva utøverne gikk gjennom ville vært fordelaktig. Dette kan være nyttig å ta med seg i videreutvikling og optimalisering av de kliniske retningslinjene og i oppfølging av disse utøverne.

6.3.3 Fellesskap og tilhørighet til laget i rehabilitering og RTI

Fellesskapsfølelsen i laget og sosiale relasjoner var en viktig motivasjonsfaktor og veide tungt i utøvernes valg om RTI. Idretten var ikke noe de ønsker å stå utenfor. De verdsatte å jobbe sammen mot et felles mål, og å kunne bidra i fellesskapet. Dette skapte en følelse av tilhørighet med stor emosjonell betydning. Denne opplevelsen kan ses i sammenheng med SDT sin beskrivelse av hvordan mennesker opplever aktivitet som verdifull i relasjon med andre, og at å bidra til fellesskapet gir en følelse av tilhørighet positivt for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2017). Resultatene til masterprosjektet er i overensstemmelse med tidligere studier som også beskriver tilhørighet og forpliktelse til laget som en viktig motivasjonsfaktor for rehabilitering og RTI (Carson & Polman, 2017; Kunnen et al., 2019; Mahood et al., 2020).

I tråd med SDT sine beskrivelse av betydningen av å bidra til fellesskapet (Ryan & Deci, 2017), var det for flere av utøverne i masterprosjektet viktig å delta i laget underveis i rehabiliteringen. De opplevde sin tilstedeværelse som viktig for laget eller fikk nye roller under skadeperioden. Dette er beskrevet tidligere både hos profesjonelle og ikke-profesjonelle (Carson & Polman, 2017; Disanti et al., 2018; Scott et al., 2018), og illustrerer verdien av å ha betydning for laget i en periode der man ikke kan bidra på banen. Samtidig beskrev andre at de var lite involvert i laget under rehabiliteringen. Dette var trolig en følge av nevnte utfordringer med trenere, men kan også ha vært en følge av at det var utfordrende å delta på lagtreninger når de likevel ikke kunne delta i fellesskapet som normalt. Å jobbe med rehabiliteringsøvelser alene gikk imot ønske om tilhørighet. Som følge av restriksjoner relatert til Covid-19 hadde samtlige utøvere i stor grad vært uten mulighet til å involvere seg i laget, spesielt de eldste. Hensikten med restriksjonene var å begrense at mennesker samles og samhandler på normale premisser, og kan tenkes å gi en svekket tilhørighetsfølelse. Likevel beskrev ikke utøverne dette som spesielt krevende og uttrykte et rasjonelt forhold til situasjonen. Muligens kan dette være en følge av at restriksjonene reduserte følelsen av å stå utenfor, de var nå i samme

situasjon som alle andre og gikk ikke glipp av treninger og kamper. I lagidrett er ikke RTI mulig utenfor fellesskapet. Manglende mulighet for retur til kamp som følge av restriksjonene var av den grunn kanskje ikke en like stor belastning sammenlignet med om utøverne hadde blitt holdt igjen av andre årsaker.

6.3.4 Likemenn: tilhørighet og sammenligning

Deltakerne i masterprosjektet beskrev delte erfaringer med likemenn. I tråd med Burland et al. (2018) og Truong et al. (2020) sine studier på ikke-profesjonelle, var det betydningsfullt å snakke med andre med kunnskap og erfaring fra egne opplevelser. Det var også motiverende å se eksempler på andre som lykkes med RTI og å få konkrete eksempler på egen fremgang gjennom å se andre i tidligere faser av rehabiliteringen. Likemenn ga slik informativ, bekreftende og emosjonell støtte (Murphy, 2005). Der foreldrenes støtte for de eldste utøverne ikke ble tillagt stor verdi, var støtte fra de med førstehåndskunnskap om tema viktigere. Tilsvarende beskrivelsene til Carson og Polman (2012) og Conti et al. (2019) fra profesjonelle utøvere, fortalte Kaia om fellesskapsfølelsen og støtten det ga å være to i samme situasjon på samme lag. Erfaringen er i tråd med SDT sine beskrivelser av at aktiviteter blir verdifulle i relasjon med andre mennesker (Ryan & Deci, 2017). Likemenn hadde for Siri en motiverende funksjon; sammenligning av egen rehabilitering med andres skapte vilje og innsats i prosessen fordi hun ønsket å være best. Kanskje kan fordelene ved å få konkrete eksempler på egen kompetanseheving ha veid tyngre enn relasjonen med disse personene. Negative emosjoner i form av frustrasjon og urettferdig over å se andres fremgang ble også trukket frem. Tilsvarende Siri sin bekreftelse av egen kompetanse i sammenligning med andre, kan dette ha gitt eksempler på redusert kompetanse. Lignende er beskrevet i studien til Disanti et al. (2018), der direkte sammenligning kunne oppleves negativ når utøverne hadde ulike fremdrift gjennom rehabiliteringen.

6.4 Refleksjon rundt studiens styrker og begrensninger

Alle forskningsprosjekter har styrker og begrensninger, og det er viktig med refleksjon rundt bakgrunnen for tolkningen jeg trekket ut av resultatene. I metodediskusjonen har jeg redegjort for styrker og begrensninger med hensyn til masterprosjektets troverdighet. Jeg vil videre belyse mer helhetlige perspektiver på temaet sett i lys av resultatene og diskusjonen.

Masterprosjektet bidrar med kvalitativ kunnskap på et felt dominert av kvantitative studier. Videre er det kun gjennomført to kvalitative studier på ikke-profesjonelle etter ACLR i Skandinavia, men dette er første studie på en norsk populasjon. I litteraturgjennomgangen valgte jeg å inkludere all forskning på feltet med bakgrunn i få studier på temaet. Dette innebar studier med varierte perspektiv og metoder. Kvalitative studier er unike i form av at de forteller noe særegent om individene som studeres. Når forskningen på feltet i tillegg er preget av stor variasjon i problemstillinger, utvalgs kvaliteter og datainnsamlingsmetoder er det forventet at resultater og tolkninger vil sprike. I så måte er det naturlig at enkelte av mine resultater er beskrevet i tidligere forskning, mens andre deler bidrar med nye perspektiver på tema. I drøftingen var det imidlertid tydelig større samsvar med mellom mindre resultater og studier med lignende kvaliteter. Dette er viktig bakgrunnskunnskap når en leser oppgaven.

Masterprosjektets deltakere var unike i form av motivasjon for RTI og oppfølgingen de fikk. Ingen tidligere studier har beskrevet erfaringene til ikke-profesjonelle utøvere som mottok samme grad av systematisk oppfølging. Masterprosjektet bidrar slik til kunnskap om verdien denne type oppfølging kan ha for pasientgruppen. Det er i den forbindelse ikke overraskende at utøverne i stor grad opplevde å få dekket de grunnleggende behovene og opplevde situasjonen å henge sammen. Samtidig gir det ny innsikt å se på hvilke område behovene utfordres og hvordan dette kan innvirke på fremdrift og motivasjon. Prosjektet beskriver blant annet behovet for bedret samhandling med trenere og kan tolkes som at trenere bør involveres i større grad. Videre er det interessant hvordan resultatene til dels strider imot SDT sine tanker om at størst mulig autonomi er positivt. Testing ble i masterprosjektet beskrevet som et viktig bidrag for trygghet. Dette er i liten grad vektlagt i tidligere studier og resultatene bidrar med ny kunnskap om fordelene ved dette for ikke-profesjonelle utøvere. Avslutningsvis er det viktig å huske at resultatene bygger på opplevelsene og de personlige meningene til mine seks deltakere. Dette innebærer at andre utøvere som følger BEAST eller annen kriteriebasert oppfølging med testing kan ha andre opplevelser og erfaringer.

6.4.1 Forskerrollen

Forskerens forforståelse har betydning for alle prosjektets faser (Markula & Silk, 2011). Sett i lys av prosjektets helhet har min forståelse tydelig preget strukturen på arbeidet og tilnærming til problemstillingen. Ønske om å fremskaffe ny kunnskap sprang ut av

opplevelser med å følge opp disse utøverne og var hele grunnlaget for prosjektet. Fysioterapirollen innebærer, som også beskrevet av utøverne i prosjektet, en tett og nær relasjon. Både i intervjuene og i bearbeidelse av dataene kjente jeg på utfordringer med å sjonglere egenskaper tilknyttet til fysioterapirollen opp mot rollen som kvalitativ forsker. Dette ga på en side økt innsikt i tematikken, men samtidig var det tidvis utfordrende å distansere meg fra utvalget.

Jeg hadde ikke bakgrunn fra idretts- og helsepsykologi eller erfaring med gjennomføring av kvalitativ forskning, og grunnet programtilhørighet på institutt for idrettsmedisin (IIM) fulgte jeg undervisning i statistikk fremfor kvalitative metoder. Jeg hadde som følge av dette lite forkunnskap om metoden jeg benyttet og teorier bak en del av temaene. Min tidligere erfaring med forskning kom fra et kvantitativt ståsted. I tillegg er tidligere forskning på ACLR dominert av kvantitative studier, og flere av de kvalitative studiene brukte blandede metoder med vektlegging av kvantitative data. Retrospekt ser jeg at min forkunnskap og tidligere forskning på feltet har resultert i et kvalitativt prosjekt, men med kvantitative innslag når det gjelder struktur og analyse.

Jeg valgte en induktiv tilnærming, bred problemstilling og fleksibel analyse. Dette tillot stor frihet. Større metodekunnskap kunne gitt en spissere vinkling, i tillegg kan valg av en bred innfallsvinkel ha blitt formet av erfaringer med kompleksiteten i utøvernes arbeid mot retur. Ved å dykke inn i et smalt tema opplevdes dette da som en forenkling av virkeligheten. Den brede tilnærmingen gjorde at jeg kontinuerlig vurderte behovet for dybde versus ønske om å favne bredt, og var en utfordring. Samtidig kan dette ses på som en styrke da feltet er lite forsket på tidligere. Slik sett kan prosjektet ses som en overordnet kartlegging av team der en bred innfallsvinkel gir økt innsikt mulig å utdype i videre forskning. I analysearbeidet og drøftingen valgte jeg å støtte meg til teoretiske modeller og begreper. Dette er kun en måte å tolke et tema på, og ikke en absolutt sannhet og korrekt vurdering av virkeligheten (Rienecker & Stray Jørgensen, 2018). Dette er viktig å anerkjenne når en leser studien. Samtidig forsøkte jeg å også belyse områder der deltakernes erfaringer ikke var samstemte og i overensstemmelse med valgte teorier. Masterprosjektets tolkninger er et produkt av min forforståelse og de teoriene jeg har anvendt. Dette er viktig å ta med seg i lesningen. Prosessen har innebåret stort læringsutbytte, og som deltakerne i masterprosjektet opplever jeg også å ha vokst på oppgaven.

6.5 Klinisk betydning og videre forskning

Masterprosjektet gir et lite innblikk i utøvere sine erfaringer med rehabilitering og RTI etter ACLR. Denne kunnskapen kan bidra til å ivareta utøverne på en bedre måte, spesielt med tanke på verdien av støtte fra fysioterapeuten gjennom en nær og tillitsbasert relasjon. Optimalisering av en rehabilitering som fremmer utøvernes grunnleggende behov er viktig. Gjennom forventningsavklaring og pasientundervisning, en konkret og progressiv plan for opptrapping, objektive mål, fysiske tester og individualisering fremmes autonomi og kompetanse. Dette opprettholder indre motivasjon, øker mestringstro, trygghet og bidrar til en opplevelse av sammenheng. Slik sett er dette fra et utøverperspektiv elementer som bør inkluderes i rehabiliteringen. Videre er tilhørighet viktig for denne pasientgruppen og en stor del av motivasjonen for retur. Å gi utøverne mulighet for medvirkning i laget bør prioriteres. Vi har trolig mye å hente på involvering av trenere i større grad, både med hensyn til informasjon om hva utøverne går gjennom og medvirkning i RTI-avgjørelser. Klinikere kan ha en viktig rolle i denne informasjonsformidlingen og koordinering av personer rundt utøverne.

Kvalitativ forskning på feltet er i begynnende fase og det er behov for mer kunnskap. Som beskrevet gir masterprosjektet et overordnet blikk på feltet. En rekke temaer bør utdypes ytterligere, eksempelvis verdien av testing og tanker om økt oppmerksomhet versus frykt. Få kvalitative studier har undersøkt fysioterapeuter og trenere sine refleksjoner rundt oppfølging av denne pasientgruppen, og det var i masterprosjektet tydelige forskjeller på trenernes involvering. Studier som belyser nyanser i hva utøvere, trenere og fysioterapeuter opplever som betydningsfullt er nødvendig. Videre vil det være nyttig å utforske erfaringene til utøvere som ikke får samme grad av oppfølging som utøverne i masterprosjektet, eksempelvis kontrollgruppen i BEAST eller de som følger standard praksis. Det er også behov for innsikt i refleksjonene til utøvere som ikke returnerer eller med lavere motivasjon, eksempelvis kartlagt med score på motivasjonsspørsmål. Masterprosjektet og tidligere forskning inkluderer hovedsakelig utøvere i lagidrett. ACL-skadeforekomsten er høy også i individuelle idretter som kampsport, turn og ski. Studier med inklusjon av disse utøverne kan bidra til å belyse temaet bredere. Avslutningsvis er det forskjeller i andelen profesjonelle og ikke-profesjonelle utøvere som returnerer. Denne forskjellen bør undersøkes videre gjennom kvalitative studier.

7. Konkusjon

Utøverne i masterprosjektet beskrev en rehabilitering bestående av biopsykososiale faktorer samhandlende på en kompleks måte. Gjennom selvbestemmelse i valg om RTI, behandling og deltakelse i intervensjonen ble det etablert gode forutsetninger for rehabiliteringen. Denne ga faste rammer, men muliggjorde samtidig medvirkning og autonomi på enkelte områder. Sammen med en individualisert, progressiv og målorientert oppfølging resulterte dette i mestring og kompetanseheving. Slik opplevde utøverne veien tilbake til idrett som motiverende, opprettholdt en opplevelse av sammenheng og personlig vekst. De hadde varierte opplevelser relatert til tilhørighet. Samtlige beskrev fellesskapet i idretten som en viktig motivasjonsfaktor for RTI og at fysioterapeutens støtte og kompetanse var svært betydningsfull. Trenerne, familie og likemenn hadde imidlertid stor betydning for noen og liten eller til dels negativ betydning for andre.

Som følge av sine erfaringer gjennom rehabiliteringen utviklet utøverne en trygghet på kneet og på egen kompetanse. Sammen med fysioterapeutens bekreftelse, måloppnåelse i opptrappingsplanen og fysiske tester gjorde dette RTI mulig uten frykt og med troen på egne evner til å prestere, til tross for at flere kjente på økt oppmerksomhet og reduserte prestasjoner ved deltakelse.

Referanser

- Adams, D., Logerstedt, D., Hunter-Giordano, A., Axe, M. J. & Snyder-Mackler, L. (2012). Current Concepts for Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Criterion-Based Rehabilitation Progression. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(7), 601-614. doi: 10.2519/jospt.2012.3871
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ardern, C. L. (2015). Anterior Cruciate Ligament Reconstruction-Not Exactly a One-Way Ticket Back to the Preinjury Level: A Review of Contextual Factors Affecting Return to Sport After Surgery. *Sports health*, 7(3), 224-230. doi: 10.1177/1941738115578131
- Ardern, C. L., Glasgow, P., Schneiders, A., Witvrouw, E., Clarsen, B., Cools, A., . . . Bizzini, M. (2016). 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. *British journal of sports medicine*, 50. doi: 10.1136/bjsports-2016-096278
- Ardern, C. L., Hooper, N., O'Halloran, P., Webster, K. E. & Kvist, J. (2021). Developing a psychological support intervention to help injured athletes get Back in the Game. *medRxiv*, 2021.2003.2001.21252681. doi: 10.1101/2021.03.01.21252681
- Ardern, C. L., Taylor, N., Feller, J. & Webster, K. (2011). Return-to-Sport Outcomes at 2 to 7 Years After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Surgery. *The American journal of sports medicine*, 40, 41-48. doi: 10.1177/0363546511422999
- Ardern, C. L., Taylor, N. F., Feller, J. A. & Webster, K. E. (2014). Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors. *British Journal of Sports Medicine*, 48(21), 1543-1552. doi: 10.1136/bjsports-2013-093398
- Ardern, C. L., Webster, K. E., Taylor, N. F. & Feller, J. A. (2011). Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review and meta-analysis of the state of play. *British Journal of Sports Medicine*, 45(7), 596-606. doi: 10.1136/bjism.2010.076364
- Ardern, C. L., Österberg, A., Tagesson, S., Gauffin, H., Webster, K. E. & Kvist, J. (2014). The impact of psychological readiness to return to sport and recreational activities after anterior cruciate ligament reconstruction. *British Journal of Sports Medicine*, 48(22), 1613-1619. doi: 10.1136/bjsports-2014-093842
- Ashigbi, E. Y. K., Banzer, W. & Niederer, D. (2020). Return to Sport Tests' Prognostic Value for Reinjury Risk after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 52(6), 1263-1271. doi: 10.1249/mss.0000000000002246
- Beaufils, P., Hulet, C., Dhénain, M., Nizard, R., Nourissat, G. & Pujol, N. (2009). Clinical practice guidelines for the management of meniscal lesions and isolated lesions of the anterior cruciate ligament of the knee in adults. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 95(6), 437-442. doi: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2009.06.002>
- Beischer, S., Hamrin Senorski, E., Thomeé, C., Samuelsson, K. & Thomeé, R. (2018). Young athletes return too early to knee-strenuous sport, without acceptable knee function after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 26(7), 1966-1974. doi: 10.1007/s00167-017-4747-8

- Blanchard, S. & Glasgow, P. (2014a). A theoretical model to describe progressions and regressions for exercise rehabilitation.
- Blanchard, S. & Glasgow, P. (2014b). A theoretical model to describe progressions and regressions for exercise rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*, 15. doi: 10.1016/j.ptsp.2014.05.001
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3. Pp, 77.
- Brokner, P., Clarsen, B., Cook, J., Crossley, K., Hutchinson, M., McCrory, P., . . . Khan, K. (2017). *Brokner&Khan's Clinical Sports Medicine* (5 utg. Vol. 1).
- Burgi, C. R., Peters, S., Arden, C. L., Magill, J. R., Gomez, C. D., Sylvain, J. & Reiman, M. P. (2019). Which criteria are used to clear patients to return to sport after primary ACL reconstruction? A scoping review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(18), 1154-1161. doi: 10.1136/bjsports-2018-099982
- Burland, J. P., Howard, J. S., Lepley, A. S., DiStefano, L. J., Frechette, L. & Lepley, L. K. (2020). What Are Our Patients Really Telling Us? Psychological Constructs Associated With Patient-Reported Outcomes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of Athletic Training*, 55(7), 707-716. doi: 10.4085/1062-6050-120-19
- Burland, J. P., Toonstra, J., Werner, J. L., Mattacola, C. G., Howell, D. M. & Howard, J. S. (2018). Decision to Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Part I: A Qualitative Investigation of Psychosocial Factors. *J Athl Train*, 53(5), 452-463. doi: 10.4085/1062-6050-313-16
- Burland, J. P., Toonstra, J. L. & Howard, J. S. (2019). Psychosocial Barriers After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Clinical Review of Factors Influencing Postoperative Success. *Sports Health*, 0(0), 1941738119869333. doi: 10.1177/1941738119869333
- Carson, F. & Polman, R. (2008). ACL Injury Rehabilitation: A Psychological Case Study of a Professional Rugby Union Player. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2(1), 71-90. doi: 10.1123/jcsp.2.1.71
- Carson, F. & Polman, R. (2012). Experiences of professional rugby union players returning to competition following anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport*, 13(1), 35-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2010.10.007>
- Carson, F. & Polman, R. (2017). Self-determined motivation in rehabilitating professional rugby union players. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 9(1), 2. doi: 10.1186/s13102-016-0065-6
- Cavanaugh, J. T. & Powers, M. (2017). ACL Rehabilitation Progression: Where Are We Now? *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 10(3), 289-296. doi: 10.1007/s12178-017-9426-3
- Conti, C., di Fronso, S., Pivetti, M., Robazza, C., Podlog, L. & Bertollo, M. (2019). Well-Come Back! Professional Basketball Players Perceptions of Psychosocial and Behavioral Factors Influencing a Return to Pre-injury Levels. *Frontiers in psychology*, 10, 222-222. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00222
- Cox, R. H. (2007). *Sport psychology* (7 utg.): McGrawHill.
- Czuppon, S., Racette, B. A., Klein, S. E. & Harris-Hayes, M. (2014). Variables associated with return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 48(5), 356-364. doi: 10.1136/bjsports-2012-091786
- Dahl, H. A. & Rinvik, E. (2010). *Menneskets funksjonelle anatomi* (Vol. 3). Oslo: Cappelen akademiske forlag.

- Dahlberg, H., Ellingsen, S., Martinsen, B. & Rosberg, S. (2019). *Fenomenologi i praktiken - Fenomenologisk forskning i ett skandinavisk perspektiv* (Vol. 1). Stockholm: Liber.
- Davies, G. J., McCarty, E., Provencher, M. & Manske, R. C. (2017). ACL Return to Sport Guidelines and Criteria. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 10(3), 307-314. doi: 10.1007/s12178-017-9420-9
- Disanti, J., Lisee, C., Erickson, K., Bell, D., Shingles, M. & Kuenze, C. (2018). Perceptions of Rehabilitation and Return to Sport Among High School Athletes With Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Qualitative Research Study. *J Orthop Sports Phys* 48.
- Ebert, J. R., Edwards, P., Yi, L., Joss, B., Ackland, T., Carey-Smith, R., . . . Hewitt, B. (2018). Strength and functional symmetry is associated with post-operative rehabilitation in patients following anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 26(8), 2353-2361. doi: 10.1007/s00167-017-4712-6
- Eitzen, I., Moksnes, H., Øiestad, B. & Risberg, M. (2008). Totalruptur av fremre korsbånd: Funksjonstesting, rehabilitering og langtidsfølger. *Fysioterapeuten*. .
- Everhart, J. S., Best, T. M. & Flanigan, D. C. (2015). Psychological predictors of anterior cruciate ligament reconstruction outcomes: a systematic review. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23(3), 752-762. doi: 10.1007/s00167-013-2699-1
- Faleide, A. G. H., Inderhaug, E., Vervaat, W., Breivik, K., Bogen, B. E., Mo, I. F., . . . Magnussen, L. H. (2020). Anterior cruciate ligament—return to sport after injury scale: validation of the Norwegian language version. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 28(8), 2634-2643. doi: 10.1007/s00167-020-05901-0
- FEK. (2018). Hva er forskningsetikk? Hentet 25.03. fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/hva-er-forskningsetikk/>
- Feucht, M. J., Cotic, M., Saier, T., Minzlaff, P., Plath, J. E., Imhoff, A. B. & Hinterwimmer, S. (2016). Patient expectations of primary and revision anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 24(1), 201-207. doi: 10.1007/s00167-014-3364-z
- Filbay, S., Crossley, K. M. & Ackerman, I. N. (2016). Activity preferences, lifestyle modifications and re-injury fears influence longer-term quality of life in people with knee symptoms following anterior cruciate ligament reconstruction: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 62(2), 103-110. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.011>
- Filbay, S., Culvenor, A. G., Ackerman, I. N., Russell, T. G. & Crossley, K. M. (2015). Quality of life in anterior cruciate ligament-deficient individuals: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 49(16), 1033-1041. doi: 10.1136/bjsports-2015-094864
- Filbay, S. & Grindem, H. (2019). Evidence-based recommendations for the management of anterior cruciate ligament (ACL) rupture. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(1), 33-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.01.018>
- Frobell, R. B., Lohmander, L. S. & Roos, H. P. (2007). Acute rotational trauma to the knee: poor agreement between clinical assessment and magnetic resonance imaging findings. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 17(2), 109-114. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2006.00559.x>

- Gagnier, J. J., Shen, Y. & Huang, H. (2018). Psychometric Properties of Patient-Reported Outcome Measures for Use in Patients with Anterior Cruciate Ligament Injuries: A Systematic Review. *JBJS Rev*, 6(4), e5. doi: 10.2106/jbjs.Rvw.17.00114
- Galea-O'Neill, R. J., Bruder, A. M., Goulis, J. & Shields, N. (2019). Modifiable factors and their association with self-reported knee function and activity after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review and meta-analysis. *Physiother Theory Pract*, 1-14. doi: 10.1080/09593985.2019.1655821
- Gill, N. & Nagi, S. (2016). Returning to sport post anterior cruciate ligament reconstruction: A qualitative exploration. *Manual therapy*, 25, e148-e148. doi: 10.1016/j.math.2016.05.285
- Granan, L.-P., Engebretsen, L. & Bahr, R. (2004). Kirurgi ved fremre korsbåndsskader i Norge. *124*.
- Grindem, H., Eitzen, I., Engebretsen, L., Snyder-Mackler, L. & Risberg, M. A. (2014). Nonsurgical or Surgical Treatment of ACL Injuries: Knee Function, Sports Participation, and Knee Reinjury: The Delaware-Oslo ACL Cohort Study. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 96(15), 1233-1241. doi: 10.2106/JBJS.M.01054
- Hagger, M. S. & Chaatzisarantis, N. L. D. (2007). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. USA: Human Kinetics.
- Hanin, Y. L. (2000). *Emotions in sport*: Human Kinetics.
- Heijne, A., Axelsson, K., Werner, S. & Biguet, G. (2008). Rehabilitation and recovery after anterior cruciate ligament reconstruction: patients' experiences. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 325-335. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00700.x
- Hogganvik, H. C. (2019). *Retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd* (Master). Norges Idrettshøgskole, Oslo.
- Ingersoll, C. D., Grindstaff, T. L., Pietrosimone, B. G. & Hart, J. M. (2008). Neuromuscular Consequences of Anterior Cruciate Ligament Injury. *Clinics in Sports Medicine*, 27(3), 383-404. doi: <https://doi.org/10.1016/j.csm.2008.03.004>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2019). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo Universitetsforlaget.
- Johnson, U., Ivarsson, A., Karlsson, J., Häggglund, M., Waldén, M. & Börjesson, M. (2016). Rehabilitation after first-time anterior cruciate ligament injury and reconstruction in female football players: a study of resilience factors. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 8(1), 20. doi: 10.1186/s13102-016-0046-9
- Joseph, A. M., Collins, C. L., Henke, N. M., Yard, E. E., Fields, S. K. & Comstock, R. D. (2013). A multisport epidemiologic comparison of anterior cruciate ligament injuries in high school athletics. *Journal of athletic training*, 48(6), 810-817. doi: 10.4085/1062-6050-48.6.03
- Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (6 utg.): Vigmostad & Bjørke AS.
- Kaur, M., Ribeiro, D. C., Theis, J.-C., Webster, K. & Sole, G. (2019). Individuals' experiences of the consequences of anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47, 76-93. doi: 10.15619/NZJP/47.2.03
- Kay, J., Memon, M., Marx, R. G., Peterson, D., Simunovic, N. & Ayeni, O. R. (2018). Over 90 % of children and adolescents return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review and meta-analysis. *Knee Surgery*,

- Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(4), 1019-1036. doi: 10.1007/s00167-018-4830-9
- Kennair, L. E. O. (2019). Følelse. I *Store norske leksikon*. snl.no. Hentet fra <https://snl.no/følelse>
- Kjøll, G. & Tranøy, K. E. (2020). Kognitiv. I *Store norske leksikon* snl.no. Hentet fra <https://snl.no/kognitiv>
- Krogsgaard, M. R., Dyhre-Poulsen, P. & Fischer-Rasmussen, T. (2002). Cruciate ligament reflexes. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 12(3), 177-182. doi: [https://doi.org/10.1016/S1050-6411\(02\)00018-4](https://doi.org/10.1016/S1050-6411(02)00018-4)
- Kunnen, M., Dionigi, R. A., Litchfield, C. & Moreland, A. (2019). 'My desire to play was stronger than my fear of re-injury': athlete perspectives of psychological readiness to return to soccer following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Annals of Leisure Research*.
- Kurz, A., Evaniew, N., Yeung, M., Samuelsson, K., Peterson, D. & Ayeni, O. R. (2017). Credibility and quality of meta-analyses addressing graft choice in anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 25(2), 538-551. doi: 10.1007/s00167-016-4282-z
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Kvist, J. (2004). Rehabilitation Following Anterior Cruciate Ligament Injury. *Sports Medicine*, 34(4), 269-280. doi: 10.2165/00007256-200434040-00006
- Kyritsis, P., Bahr, R., Landreau, P., Miladi, R. & Witvrouw E. . (2016). Likelihood of ACL graft rupture: Not meeting six clinical discharge criteria before return to sport is associated with a four times greater risk of rupture. . *British Journal of Sports Medicine* 50(15). doi: 10.1136/bjsports-2015-095908
- Lai, C. C. H., Ardern, C. L., Feller, J. A. & Webster, K. E. (2018). Eighty-three per cent of elite athletes return to preinjury sport after anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review with meta-analysis of return to sport rates, graft rupture rates and performance outcomes. *British Journal of Sports Medicine*, 52(2), 128-138. doi: 10.1136/bjsports-2016-096836
- Leroux, T., Ogilvie-Harris, D., Dwyer, T., Chahal, J., Gandhi, R., Mahomed, N. & Wasserstein, D. (2014). The risk of knee arthroplasty following cruciate ligament reconstruction: a population-based matched cohort study. *J Bone Joint Surg Am*, 96(1), 2-10. doi: 10.2106/jbjs.M.00393
- Logerstedt, D., Lynch, A., Axe, M. J. & Snyder-Mackler, L. (2013). Symmetry restoration and functional recovery before and after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 21(4), 859-868. doi: 10.1007/s00167-012-1929-2
- Lohmander, L. S., Englund, P. M., Dahl, L. L. & Roos, E. M. (2007). The Long-term Consequence of Anterior Cruciate Ligament and Meniscus Injuries: Osteoarthritis. *The American Journal of Sports Medicine*, 35(10), 1756-1769. doi: 10.1177/0363546507307396
- Losciale, J. M., Zdeb, R. M., Ledbetter, L., Reiman, M. P. & Sell, T. C. (2019). The Association Between Passing Return-to-Sport Criteria and Second Anterior Cruciate Ligament Injury Risk: A Systematic Review With Meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(2), 43-54. doi: 10.2519/jospt.2019.8190
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (Vol. 2): Gyldendal.

- Mahood, C., Perry, M., Gallagher, P. & Sole, G. (2020). Chaos and confusion with confidence: Managing fear of Re-Injury after anterior cruciate ligament reconstruction. *Physical Therapy in Sport*, 45, 145-154. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2020.07.002>
- Malt, U. (2021). Biopsykososial modell IStore medisinske leksikon snl.no. Hentet fra https://sml.snl.no/biopsykososial_modell
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (Vol. 4): Universitetsforlaget.
- Markula, P. & Silk, M. (2011). *Qualitative Research for Pshysical Culture*: Palgrave MacMillian.
- McCall, A., Lewin, C., O'Driscoll, G., Witvrouw, E. & Arden, C. (2017). Return to play: the challenge of balancing research and practice. *British Journal of Sports Medicine*, 51(9), 702-703. doi: 10.1136/bjsports-2016-096752
- Miller, C. J., Christensen, J. C. & Burns, R. D. (2017). Influence of Demographics and Utilization of Physical Therapy Interventions on Clinical Outcomes and Revision Rates Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *J Orthop Sports Phys Ther*, 47(11), 834-844. doi: 10.2519/jospt.2017.7048
- Mohtadi, N. G. & Chan, D. S. (2018). Return to Sport-Specific Performance After Primary Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review. *The American Journal of Sports Medicine*, 46(13), 3307-3316. doi: 10.1177/0363546517732541
- Moksnes, H., Snyder-Mackler, L. & Risberg, M. A. (2008). Individuals With an Anterior Cruciate Ligament-Deficient Knee Classified as Noncopers May Be Candidates for Nonsurgical Rehabilitation. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 38(10), 586-595. doi: 10.2519/jospt.2008.2750
- Moxnes, P. (2009). *Hva er angst* (2 utg.). Oslo Universitetsforlaget.
- Murphy, S. (2005). *The sport psych handbook: Human Kintics*.
- Myklebust, G. & Bahr, R. (2005). Return to play guidelines after anterior cruciate ligament surgery. *British journal of sports medicine*, 39(3), 127-131. doi: 10.1136/bjism.2004.010900
- Myklebust, G. & Risberg, M. (2002). Fremre korsbåndsskader. *Norsk idrettsmedisin*(3).
- Müller, U., Krüger-Franke, M., Schmidt, M. & Rosemeyer, B. (2015). Predictive parameters for return to pre-injury level of sport 6 months following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23(12), 3623-3631. doi: 10.1007/s00167-014-3261-5
- NENT. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for naturvitenskap og teknologi (2 utg.): Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi.
- NESH. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (4 utg.): Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.
- Nordahl, B., Sjöström, R., Westin, M., Werner, S. & Alricsson, M. (2014). Experiences of returning to elite alpine skiing after ACL injury and ACL reconstruction. *Int J Adolesc Med Health*, 26(1), 69-77. doi: 10.1515/ijamh-2012-0114
- Norges-Idrettsforbund. (2019). *Nøkkeltall - rapport 2018*. Hentet fra <https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/9f94ba79767846d9a67d1a56f4054dc2/nokkeltallsrapport-18102019.pdf>.
- Norges-Idrettsforbund. (2020). Koronavirus. Hentet 22.oktober fra <https://www.idrettsforbundet.no/tema/koronavirus/>
- Nwachukwu, B. U., Adjei, J., Rauck, R. C., Chahla, J., Okoroa, K. R., Verma, N. N., . . . Williams, R. J. (2019). How Much Do Psychological Factors Affect Lack of

- Return to Play After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction? A Systematic Review. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 7(5), 2325967119845313. doi: 10.1177/2325967119845313
- Oslo-Idrettskrets. (2020). Covid-19: Ingen endring for Osloidretten. Hentet 22.oktober fra <https://www.idrettsforbundet.no/idrettskrets/oslo/nyhet/2020/covid-19-ingen-endring-for-osloidretten/>
- Ottesen Kennair, L. E. & Malt, U. (2021). Frykt. I *Store norske leksikon*. snl.no. Hentet fra <https://snl.no/frykt>
- Paterno, M. V., Schmitt, L. C., Thomas, S., Duke, N., Russo, R. & Quatman-Yates, C. C. (2019). Patient and Parent Perceptions of Rehabilitation Factors That Influence Outcomes After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction and Clearance to Return to Sport in Adolescents and Young Adults. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(8), 576-583. doi: 10.2519/jospt.2019.8608
- Pedersen, M. (2017). *Retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd blant utøvere med intensjon om å returnere til nivå 1 idrett* (Master). Norges Idrettshøgskole, Oslo
- Podlog, L., Banham, S., Wadey, R. & Hannon, J. (2015). Psychological Readiness to Return to Competitive Sport Following Injury: A Qualitative Study. *The Sport Psychologist*, 29(1), 1-14. doi: 10.1123/tsp.2014-0063
- Podlog, L., Dimmock, J. & Miller, J. (2011). A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: Practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Phys Ther Sport*, 12 (1), 36-41.
- Poulsen, E., Goncalves, G. H., Bricca, A., Roos, E. M., Thorlund, J. B. & Juhl, C. B. (2019). Knee osteoarthritis risk is increased 4-6 fold after knee injury – a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(23), 1454-1463. doi: 10.1136/bjsports-2018-100022
- Randsborg, P.-H., Bukholm, I. R. K. & Jakobsen, R. B. (2018). Compensation after treatment for anterior cruciate ligament injuries: a review of compensation claims in Norway from 2005 to 2015. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(2), 628-633. doi: 10.1007/s00167-017-4809-y
- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2018). *Den gode oppgaven* (Vol. 1): Fagbokforlaget.
- Ristić, V., Ninković, S., Harhaji, V. & Milankov, M. (2010). Causes of anterior cruciate ligament injuries. *Medicinski pregled*, 63, 541-545. doi: 10.2298/MPNS1008541R
- Ross, C., Clifford, A. & Louw, Q. (2017). Factors informing fear of reinjury after anterior cruciate ligament reconstruction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(2), 103-114. doi: 10.1080/09593985.2016.1271847
- Ross, C. A., Clifford, A. & Louw, Q. A. (2015). Intrinsic factors associated with return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction: A systematic review. *The South African journal of physiotherapy*, 71(1), 230-230. doi: 10.4102/sajp.v71i1.230
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *The American psychologist*, 55, 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. & Deci, E. (2017). *Self-Determination Theory*. USA: The Guilford Press.
- Sadeqi, M., Klouche, S., Bohu, Y., Herman, S., Lefevre, N. & Gerometta, A. (2018). Progression of the Psychological ACL-RSI Score and Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Prospective 2-Year Follow-up

- Study From the French Prospective Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Cohort Study (FAST). *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 6(12), 2325967118812819. doi: 10.1177/2325967118812819
- Sagy, S. (2017). Salutogenesis in the Era After Antonovsky. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 43-44). Cham (CH): Springer.
- Samuelsen, B. T., Webster, K. E., Johnson, N. R., Hewett, T. E. & Krych, A. J. (2017). Hamstring Autograft versus Patellar Tendon Autograft for ACL Reconstruction: Is There a Difference in Graft Failure Rate? A Meta-analysis of 47,613 Patients. *Clinical orthopaedics and related research*, 475(10), 2459-2468. doi: 10.1007/s11999-017-5278-9
- Sandon, A., Werner, S. & Forssblad, M. (2015). Factors associated with returning to football after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23(9), 2514-2521. doi: 10.1007/s00167-014-3023-4
- Scott, S. M., Perry, M. A. & Sole, G. (2018). "Not always a straight path": patients' perspectives following anterior cruciate ligament rupture and reconstruction. *Disability and Rehabilitation*, 40(19), 2311-2317. doi: 10.1080/09638288.2017.1335803
- Sole, G., Mahood, C., Gallagher, P. & Perry, M. (2019). Overcoming fear of re-injury after anterior cruciate ligament reconstruction: a qualitative study. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 22, S109-S110. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2019.08.149>
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering* (Vol. 1): Gyldendal Norske Forlag.
- Sonesson, S., Kvist, J., Ardern, C., Österberg, A. & Silbernagel, K. G. (2017). Psychological factors are important to return to pre-injury sport activity after anterior cruciate ligament reconstruction: expect and motivate to satisfy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 25(5), 1375-1384. doi: 10.1007/s00167-016-4294-8
- St.meld. nr. 21 (1998-99). *Ansvar og meistring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1>.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* (Vol. 5): Fagbokforlaget.
- Thing, L. F. (2006). "Voices of the broken body." The resumption of non-professional female players' sports careers after anterior cruciate ligament injury. The female player's dilemma: is she willing to run the risk? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(5), 364-375. doi: 10.1111/j.1600-0838.2005.00452.x
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I. & Karlsson, J. (2007). Self-efficacy, symptoms and physical activity in patients with an anterior cruciate ligament injury: a prospective study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 17(3), 238-245. doi: 10.1111/j.1600-0838.2006.00557.x
- Tjong, V. K., Murnaghan, M. L., Nyhof-Young, J. M. & Ogilvie-Harris, D. J. (2014). A Qualitative Investigation of the Decision to Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: To Play or Not to Play. *The American Journal of Sports Medicine*, 42(2), 336-342. doi: 10.1177/0363546513508762
- Tjora, A. (2018) I *Store norske leksikon*. snl.no. Hentet fra <https://snl.no/norm>
- Toole, A. R., Ithurburn, M. P., Rauh, M. J., Hewett, T. E., Paterno, M. V. & Schmitt, L. C. (2017). Young Athletes Cleared for Sports Participation After Anterior

- Cruciate Ligament Reconstruction: How Many Actually Meet Recommended Return-to-Sport Criterion Cutoffs? *J Orthop Sports Phys Ther*, 47(11), 825-833. doi: 10.2519/jospt.2017.7227
- Truong, L. K., Mosewich, A. D., Miciak, M., Pajkic, A., Li, L. C. & Whittaker, J. L. (2020). Balancing return to sport and a functional knee. exploring the perceptions of exercise therapy and physical activity of youth 1-2 years after a sport-related anterior cruciate ligament injury. *Osteoarthritis and cartilage*, 28, S160. doi: 10.1016/j.joca.2020.02.262
- van Melick, N., van Cingel, R. E. H., Brooijmans, F., Neeter, C., van Tienen, T., Hullegie, W. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2016). Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. *British Journal of Sports Medicine*, 50(24), 1506-1515. doi: 10.1136/bjsports-2015-095898
- Visnes, H. v. & Kroken, G. (2019). *Korsbåndregisteret - rapport 2018*. Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2018.pdf>.
- von Aesch, A. V., Perry, M. & Sole, G. (2016). Physiotherapists' experiences of the management of anterior cruciate ligament injuries. *Physical Therapy in Sport*, 19, 14-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2015.08.004>
- Waldén, M., Häggglund, M., Magnusson, H. & Ekstrand, J. (2011). Anterior cruciate ligament injury in elite football: a prospective three-cohort study. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 19(1), 11-19. doi: 10.1007/s00167-010-1170-9
- Webster, K. E., Feller, J. A. & Lambros, C. (2008). Development and preliminary validation of a scale to measure the psychological impact of returning to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Physical Therapy in Sport*, 9(1), 9-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2007.09.003>
- Wierike, S. C. M., Sluis, A., Akker-Scheek, I., Elferink-Gemser, M. T. & Visscher, C. (2013). Psychosocial factors influencing the recovery of athletes with anterior cruciate ligament injury: A systematic review. *Scand J Med Sci Sports*, 23(5), 527-540. doi: 10.1111/sms.12010
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: a consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(s2), 103-111. doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wojtys, E. M. & Brower, A. M. (2010). Anterior cruciate ligament injuries in the prepubescent and adolescent athlete: clinical and research considerations. *Journal of athletic training*, 45(5), 509-512. doi: 10.4085/1062-6050-45.5.509
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring*: Fagbokforlaget.

Tabelloversikt

Tabell 1: Resultater med hovedtemaer og undertemaer avdekket i analysearbeidet..... 48

Tabell 2: Deltakerkarakteristikk 49

Vedlegg

Vedlegg 1: Metodologiske kvalitet ved inkluderte kvalitative studier

Studie	Land	Utvalg	n	Kjønn (k/m)	Alder (år)
Thing (2006)	Danmark	Ikke-profesjonelle håndballspillere intervjuet underveis i rehabiliteringen etter ACLR	17	17/0	19-33
Heijne et al. (2008)	Sverige	Ikke-profesjonelle utøvere i vridningsidrett intervjuet 12-21 måneder etter ACLR.	10	1/9	23-41
Carson og Polman (2008)	England	En profesjonell rugbyspillers dagbok og intervjuer (hver andre/tredje uke) gjennom rehabilitering og RTI.	1	0/1	**
Carson og Polman (2012)	England	Profesjonelle rugbyspillere intervjuet underveis i rehabiliteringen og på vei tilbake til idrett.	5	0/5	18-27
Tjong et al. (2014)	Canada	Ikke-profesjonelle (n=20), utøvere på high school (n=4) og universitet (n=6), og profesjonelle (n=1) intervjuet >2 år etter ACLR.	31	9/22	18-40
Nordahl et al. (2014)	Sverige	Alpinister på elitenivå fra toppidrettsgymnas intervjuer 5 år etter ACLR.	5	2/3	16-19
Filbay et al. (2016)	Australia	Individer med knesymptomer 5-20 år post ACLR med lav- (n=9) og høy- (n=8) score på livskvalitet. 6 oppnådde RTI, 8 oppnådde RTI til lavere konkurransenivå, 3 returnerte ikke.	17	10/7	23-50
Gill og Nagi (2016)*	England	Fokusgruppeintervju med universitetsstudenter som hadde gjennomgått ACLR.	**	**	**
Johnson et al. (2016)	Sverige	Elitefotballspillere intervjuet 4-9 måneder etter ACLR (alle returnerte).	8	8/0	25-35
Carson og Polman (2017)	England	Profesjonelle rugbyspillere intervjuet underveis i rehabiliteringen og på vei tilbake til idrett.	5	0/5	18-27
Ross et al. (2017)	Sør-Afrika	Tidligere ikke-profesjonelle konkurransetøvere som anga frykt som årsak bak å ikke RTI ble intervjuet fra ett år etter ACLR	12	2/10	19-45
Burland et al. (2018)	USA	Uøvere aktive i konkurransidrett før skaden intervjuet minst ett år etter ACLR. Halvparten returnerte.	12	6/6	16-44
Scott et al. (2018)	New Zealand	Ikke-profesjonelle utøvere innen vridningsidrett intervjuet 8-36 måneder etter ACLR	9	4/5	21-37
Disanti et al. (2018)	USA	Uøvere på High School innen vridningsidrett med ACLR som ikke (ennå) hadde oppnådd RTI.	10	7/3	15-18
Conti et al. (2019)	Italia	Profesjonelle basketballspillere som hadde RTI. 5 spillere m/ACL-skade, resterende m/muskelskader (n=2), FAI (n=1), bruskskade kne (n=1) og cervikal skivelsjon (n=1). Intervjuet ved start av rehab, etter første offisielle konkurranse og 6 måneder etter første konkurranse.	10	0/10	22-36
Kaur et al. (2019)	New-Zealand	Ikke-profesjonelle utøvere sine erfaringer med utfall etter ACLR 2-10 år etter operasjon.	10	7/3	20-52
Kunnen et al. (2019)	Australia	Fotballspillere som hadde RTI: amatører (n=17), nasjonalt- (n=2) og internasjonalt nivå (n=2)	21	9/12	19-51
Paterno et al. (2019)	USA	Uunge utøvere returnert- og ikke returnert til vridningsidrett intervjuet sammen med sine foreldre.	10	4/6	11-19
Sole et al. (2019)*	New Zealand	Uøvere aktive i konkurranse i vridningsidrett intervjuer innen 5 år etter ACLR	9	5/4	18-26
Burland et al. (2020)	USA	Uøvere klarert for RTI etter ACLR med lav (n=10) og høy score (n=11) på selvrapporterte spørreskjemaer relevante for ACL.	21	10/11	18-24
Truong et al. (2020)*	Canada	Uøvere som hadde oppnådd RTI intervjuet innen 2 år etter ACL-skade. ACLR (n=7), konservativt behandlet (n=3)	7	**	15-19
Mahood et al. (2020)	New Zealand	Uøvere som hadde returnert til tidligere konkurransenivå og minimumscore på 7/10 på Tegner Activity Scale intervjuet innen 5 år etter ACLR	10	5/5	20-33
			235	99/119	11-52

* = Kun abstrakt tilgjengelig

** = Rapporterer ikke tall på dette

Vedlegg 2: Mål og resultater ved inkluderte kvalitative studier

Studie	Mål	Resultater
Thing (2006)	Evaluere mestring og RTI etter en ACL-skade.	Tre temaer: usikkerhet knyttet til 1) fremtiden (risikoevaluering, påvirkning av fremtiden helse, om man skal fortsette med idrett/ bytte klubb), 2) egen kroppslige kapasitet og 3) stigmatisering og identitet.
Heijne et al. (2008)	Utforske pasienters erfaringer ved rehabilitering etter ACLR.	Fire temaer: 1) å velge operasjon eller ikke - et dilemma, 2) varigheten av rehabiliteringen var frustrerende og forventningene til rehabiliteringen samsvarer ikke med realiteten, 3) å streve med måloppnåelse ga ulike responser (aksept, variasjon i motivasjon, testing) og 4) framtidssutsikter var usikre, å føle seg frisk tok lang tid og deltakerne hadde fryktfølelse ved RTI.
Carson og Polman (2008)	Undersøke emosjonelle faktorer og mestringsstrategier som brukes under rehabilitering v/ACL-skade.	ACL-skader har seks faser med ulike psykologiske reaksjoner og mestringsstrategier: 1) skadefasen: sjokk og negative følelser, 2) pre-kirurgi fasen: emosjonsfokusert- og problemfokusert mestringsstrategier, 3) post-kirurgi fasen: både lettelse og bekymring, 4) tidlig- og 5) sen- begrenset deltakelsesfase og 6) RTI-fase: bygge selvtillit og troen på å være klar. Testing viktig pre- og post retur.
Carson og Polman (2012)	Å få økt kunnskap om emosjoner og mestringsstrategier etter ACLR.	Pre-retur til idrett: 1) Emosjoner: forventninger, selvtillit og engstelse. 2) Mestringsstrategier: fysiske- og psykologiske forberedelser og sosial støtte. Post-retur til idrett: 1) Emosjoner: bygge selvtillit gjennom deltakelse, positive prestasjonsfølelser etter retur og fortsatt mestringsbetyrninger. 2) Mestringsstrategier: problemfokusert mestring, sosial støtte og håndtering av frykt.
Tjong et al. (2014)	Forså faktorer som påvirker pasientens avgjørelse om å returnere etter ACLR	Tre temaer: 1) Frykt: deltakerne som ikke returnerte anga frykt som viktig (re-skade, smerte, svekkelse, finansielle byrder, frykt for å spille). Spillerne som returnerte hadde mindre frykt og overvakt denne. 2) Prioriteringer: jobb, familie, økende alder vanlig årsak til ikke-retur. For de returnerte var opprettholdelse av deltakelse viktig for å opprettholde fysisk form og idrettsidentitet. 3) Personlighet: de ikke-returnerte var forsiktede, prokastinatorer og manglet selvtillit. De returnerte var indre motivert, konkurransestrevne, lagorienterte, selvbevisste og hadde en type A-personlighet.
Nordahl et al. (2014)	Utforske utøveres erfaringer etter ACLR.	Sju kategorier: 1) oppfattet mulighet for retur: håp, motivasjon frem mot operasjon, bygge selvtillit. 2) Barrierer for retur: smerte, instabilitet, skuffelse, nedturet, usikkerhet, sorg, tap av selvtillit. 3) Opplevelse av støtte og av 4) manglende støtte: å bli glemt eller ikke forstått, manglende tillitt til behandlers kunnskap. 5) Selvbevissheit og modenhet: positive mentale endringer vs. økt selvbevissheit. 6) Tanker om å drive alpint på ulike nivåer og 7) variasjoner i egen, fysisk kapasitet.
Fillbay et al. (2016)	Avedkke hvordan de med knesymptomer beskriver livskvalitet og erfaringer 2-20 år etter ACLR. Avedkke hvilke faktorer som har innvirkning på livskvalitet.	Fire temaer: 1) Preferanser for fysisk aktivitet: 11 beskrev preferanse for deltakelse i konkurranseidrett fremfor generell trening, 6 beskrev dette som mindre viktig. 2) Modifikasjoner i livsstil: 10 hadde modifisert livstilen pga. kneet med fortsatt god livskvalitet, 7 hadde modifisert livsstil med negativ innvirkning på livskvalitet (spesielt de som ønsket å delta i konkurranseidrett) 3) Adaptasjon og aksept: 5 beskrev adaptasjonen av livsstil som enkelt, 8 beskrev at det tok år å tilpasse livsstil til kneets evner, dette ga redusert livskvalitet. 4) Frykt for re-skade ble rapportert hos alle deltakerne og de modifiserte bevegelse for å minimere re-skaderisiko for å opprettholde en aktiv livsstil som ga livskvalitet. 6 deltakere undertrykket frykten pga. et sterkt ønske om å delta i vriddingsidrett da dette ga økt livskvalitet. 9 deltakere sluttet med idrettsdeltakelse grunnet frykt for re-skade (fear avoidance).
Gill og Nagi (2016)	Undersøke erfaringer etter ACLR for å få kunnskap om tanker- og følelser i rehabiliteringen og identifisere barrierer og muligheter som påvirker postoperativ idrettsdeltakelse.	To temaer: 1) Frykt: for re-skade og langvarige konsekvenser av skaden. Ventetid på operasjon kan øke frykten. 2) Rehabilitering: bør inneholde fysiske og psykiske strategier. Fysioterapi er viktig og spesielt pasientundervisning for informasjon (om varigheten av rehabilitering og videre deltakelse i idrett). Pasientsentrerte målsetninger er viktig, positivt med oppmuntring til å forsøke alternative idretter.

Johnson et al. (2016)	Identifisere positive psykososiale faktorer for RTI.	Tre temaer: 1) <i>Konstruktiv kommunikasjon og rik interaksjon med signifikante andre.</i> 2) <i>Sterk tro på viktighet og effektivitet til egne handlinger:</i> tålmodig og standhaftig holdning, og bevissthet rundt eget potensial. 3) <i>Evnen til å sette hensiktsmessige mål.</i>
Carson og Polman (2017)	Utforske synet på rehabilitering og RTI etter ACL-skade.	Beskrivelse i hovedtemaene <i>autonomi, kompetanse og sammenheng</i> gjennom de tre fasene 1) <i>Tidlige begrensede fase:</i> forståelse av rehabiliteringsprosessen og personlig involvering og kontroll var viktig. Fysioterapeuten kan bistå i dette gjennom støtte og å tillate utøvers medvirkning. Så se fremskritt utviklet følelse av kompetanse, å ikke nå mål gir frustrasjon. Sosial støtte har positiv innvirkning, men kan være utfordrende å ikke være en del av laget. 2) <i>Sen begrensede fase:</i> økt autonomi med selvregulering og følelse av kontroll – utøverne tok behandlingsvalg. Bygge kompetanse gjennom progresjon. Positiv interaksjon med medisinsk personell viktig. Noen fikk andre roller i laget, men enkelte opplevde manglende kontakt med trener og laget, og med dette manglende sammenheng. 3) <i>Retur til idrett:</i> ingen kjente på ytre press til å returnere, dette fremmet følelse av kontroll, reduserte bekymring og fremmet selvtillit. Gradvis økende spilletid etc. fremmet autonomi og positive opplevelser med prestasjoner økte kompetansefølelsen. Bekymringer rundt egen form og prestasjon fortsatt til stede, men tilliten til kneet er stor. Sammenheng med laget og relasjon med medspillere og trenere viktig i RTI-fasen. Fysioterapeuten var også en viktig støtte.
Ross et al. (2017)	Beskrive faktorer som påvirker frykt for re-skade som årsak til manglende RTI.	Fire temaer: 1) <i>Å gjennomgå ACLR og rehabilitering igjen:</i> omfattende og langvarig prosess, smerte. 2) <i>Idrettens natur</i> gir økt risiko for re-skade: høy intensitet, bevegelsesmønster, nærkontakt og konkurranse. 3) <i>Personlighet/psykologi</i> bidragsyende, tolkning av smerte, engstelse. 4) <i>Sosiale prioriteter:</i> forpliktelse, økende alder, press fra andre.
Burland et al. (2018)	Identifisere psykologiske faktorer som påvirker avgjørelsen om RTI.	Seks hovedtemaer: 1) <i>Tvil og manglende selvtillit</i> førte til selvbegrensende tendenser. 2) <i>Økt oppmerksomhet</i> rundt knefunksjon og evnen til å konkurrere. 3) <i>Forventninger og antagelser</i> om rehabilitering og progresjon påvirket RTI-avgjørelsen. 4) <i>Å akseptere</i> at skaden førte til en endret prioritering. 5) <i>Deltakelse i idrettsaktivitet</i> bidro til å gjenvinne andre personlighetskarakteristikk. 6) <i>Sosial støtte</i> i og utenfor rehabilitering en nøkkelfaktor i å bygge selvtillit.
Scott et al. (2018)	Utforske pasienters perspektiver etter ACLR.	Tre hovedtemaer: 1) « <i>Reisen</i> »: skaden var en negativ erfaring med stor innvirkning på livet. Identitetstap: fysiske begrensninger, redusert deltakelse. Tap av selvbilde-, selvtillit-, personlig oppnåelse-, mestring-, mål- og posisjon blant likemenn. Følelse av urettferdighet, tap av kontroll, depresjon, frustrasjon og sinne. Unngår sosiale situasjoner. Sårbarhet, usikkerhet, frykt for re-skade. 2) <i>Sosiale støttesystemer</i> påvirker «reisen» positivt. 3) <i>Behandlingsveien</i> påvirker «reisen» positivt og negativt: relasjonen med helsepersonell viktig med tidlig involvering og informasjon. Vanskelig å vente på utredning, operasjon og lengden på rehabiliteringen.
Disanti et al. (2018)	Undersøke barrierer for RTI og positive/negative faktorer som påvirker rehabiliteringen.	Tre temaer: 1) <i>Barrierer for fysisk aktivitet:</i> fysiske, psykiske og sosiale: fatisse, stivhet, smerte, nedsatt styrke og mobilitet. Urolighet ved inaktivitet, utålmodighet, usikkerhet rundt progresjon og sviktende motivasjon. Frykt for re-skade vanlig. Gap mellom rehab og RTI ga tvil. Sammenligning med andre er utfordrende, nye roller i sosiale relasjoner. 2) <i>Positive rehabiliteringsfaktorer:</i> kunnskap om rehabiliteringsprosessen, gjensidig tillit mellom fysio og trener er positivt. Helsepersonell tilgjengelig for besvarelse av utøverens spørsmål, individuelle tilpasninger til tøvet og idrett, rollemøller uten direkte sammenligning og standhaftig holdning. 3) <i>Negative rehabiliteringsfaktorer:</i> overdreven sympati, andres tvil til utøverens evner, utilstrekkelig oppmerksomhet og veiledning fra fysio eller kirurg, lite individualisering av tiltak. Uernighet blant behandlere.
Conti et al. (2019)	Utforske spillernes oppfattelse av atferdsrelaterte- og psykososiale faktorer fremmende for prestasjon lik eller bedre enn tidligere standard. Beskrive utøvernes erfaringer ved RTI.	<i>Periode 1 (start av rehabilitering):</i> sosial støtte, investering i rehabilitering og trening, mestringsstrategier og motivasjon var fundamentalt i å nå pre-skadenivå. <i>Periode 2 (første offisielle konkurranse):</i> utøverne hadde realistiske prestasjonsforventninger. Fokus på prestasjon, positive emosjoner, motivasjon, stemningsregulering og sosial støtte var fasiliterende for RTI. Lav selvtillit knyttet til egne evner, reduserte ferdigheter og dysfunksjonelle fysiske reaksjoner var begrensende for RTI og de beskrev en redusert prestasjon i sin første kamp. <i>Periode 3 (6 måneder post første kamp):</i> bedre prestasjoner med mestringsstrategier motivasjon og sosial støtte fortsatt gjeldene. Avgjørende å gjenvinne selvtillit til egne prestasjonsevner for å kunne returnere til høye prestasjoner slik som tidligere prestasjonsstandard.

Kaur et al. (2019)	Utforske erfaringer og perspektiver på utfall etter ACLR	To temaer: 1) <i>Kontinuum av frykt for re-skade vs. selvtillit</i> : frykt for å måtte gjenoppleve smerten, en lang rehabilitering kombinert samt skadens innvirkning på familiedynamikk og forpliktelser. Frykten ga atferdsmessig manifestasjoner: bekymring knyttet til baneforhold, lav selvtillit i idretten, tvil i idrettsdeltakelse ved visse type bevegelser og bruk av skinn i spill. Variasjon i selvtillit kan påvirke prestasjon negativt. 2) Deltakerne hadde fortsatt pågående kneproblemer og behov for råd fra helsepersonell.
Kunnen et al. (2019)	Undersøke hvordan utøvere 1) Definerer psykologisk readiness og 2) Visste at de var klare til RTI etter ACLR.	<i>Hovedfunn</i> : majoriteten av deltakerne visste de var klare når ønske om å spille på bakgrunn av <i>lyterlighet til idretten ble vektlagt tyngre enn bekymringer knyttet til re-skade</i> . To temaer: 1) <i>Å ha selvtillit</i> på fire områder: i rehabiliteringsprosessen (progresjon oppnå mål og økt self-efficacy), ved fysiske evner (å nå fysiske mål under rehabilitering), gjennom støtte fra helsepersonell (tillitt bidrar til psykologisk readiness, lar utøverne vite når de klare for RTI) og reduserer frykten for re-skade) og å ikke få en re-skade (liten tvil på seg selv eller frykt for re-skade). 2) <i>Kjærlighet til spillet</i> : deltakelse gir frihet, lykkfølelse og tilhørighet. Å drive idrett ga stor glede.
Paterno et al. (2019)	Utforske pasienter og foreldres oppfattelse av nøkkelfaktorer i rehabilitering etter ACLR.	Tre temaer: 1) <i>Pasientrelaterte egenskaper</i> : motivasjon, tillitt og ansvarlighet. Sosial støtte: familie og venner. 2) <i>Relasjonen mellom fysioterapeut og pasient</i> : fysioterapeuten en guide, kunnskap, veiledning og etablering av milepøler. Motivator, tilrettelegger for selvtillit og forebygge frykt. Koordinerer oppfølgingen. 3) <i>Elementer ved systemet</i> : tilgang til ressurser, fysisk trenere og treningsfasiliteter. Utnyttelse av fysioterapibesøk, begrensinger i forsikringsordninger, burde vært oppfølging også etter retur.
Sole et al. (2019)	Oppnå forståelse for faktorer og strategier som gjør at utøver overvinnet frykt for re-skade eller bekymring relatert til å returnere til konkurranseidrett etter ACLR.	Tre temaer: 1) <i>Fremmende faktorer for RTI</i> : indre motivasjon, atletisk identitet, ytre motivasjon relatert til konkurransedrevet lagånd og relasjon med likemenn. 2) <i>Forberedelse av kropp og hodet</i> : støttende relasjoner med helsepersonell, trenere, laget og familie. Gradert eksponering for bevegelsesoppgaver og psykologiske ferdigheter samt bevissthet rundt å fremme mental tøyhet. 3) <i>Risikoaksept</i> : det var en kontinuerlig risikoanalyse, problemløsning og umgåelse av uakseptabel risiko samtidig som en aksept av denne risikoen. Mentale teknikker for å håndtere risiko ble brukt.
Burland et al. (2020)	Å mer dyptgående karakterisere bakenforliggende faktorer for resultater på ACL-relevante selvrappørterte spørreskjemaer.	To temaer: 1) <i>Interne faktorer</i> : alle følte negative psykologiske emosjoner i løpet av rehabiliteringen som en hindring for suksess. Fasilitatorer for retur var indre motivasjon, følelse av kontroll, en indre selvdrevet karakteristikk (ønske om å returnere) og tillitt til kneet. Barrierer for retur var umgåelsesattferd, mentale sperrer for deltakelse, frykt for re-skade, følelse av lav kapasitet og negative emosjoner. 2) <i>Eksterne faktorer</i> : fasilitatorer for retur var oppmuntring fra venner, lagkamerater og trenere, støtte til kneet med ortose og styrketrening samt tydelige forventninger til rehabiliteringsprosessen. Barrierer var begrenset økonomiske dekning av behandling, vedvarende symptomer og uoppmerksomhet til den individuelle status.
Truong et al. (2020)	Utforske holdning, prioritering og erfaring med rehabilitering, fysisk aktivitet og idrettsdeltakelse.	Tre temaer: 1) <i>Overkomme utfordringer og oppsøke støtte</i> : sosial interaksjon med likemenn og fysioterapeut hjalp til å utvikle motstandsdyktighet mot frykt for re-skade og fysiske symptomer som begrenset muligheten til å delta i fysisk aktivitet. 2) <i>Utøverne reviderer sine holdninger til trening som behandling og til fysisk aktivitet</i> gjennom sosiale interaksjoner, dette bidro til compliance i rehabiliteringen. 3) <i>Utøverne balanserte ønske om RTI opp mot et funksjonelt kne lengre sikt</i> : motivasjon til å opprettholde rehabilitering og avgjørelsen om å returnere drives frem av prioritering av RTI samt troen på at dette vil fremme bedre mobilitet og helse i fremtiden.
Mahood et al. (2020)	Utforske konkurranseutøvere sin håndtering av frykt for re-skade for å fasilitetere RTI etter ACLR.	Tre temaer: 1) <i>Fremmende grunner til å returnere til idrett</i> : atletisk identitet, mental tøyhet: stolthet over å overkomme hindringer i rehabilitering og forpliktelse til seg selv og laget. 2) <i>Forberedelse av kropp og sinn</i> : samarbeid med helsepersonell og sosial støtte viktig. Fysisk rehabilitering med gradert eksponering og progresjon gir tillitt til egne evner. Psykologisk/kognitive ferdigheter og planlegging: milepøler og måloppnåelser gir motivasjon og tillitt. 3) <i>Risikoaksept</i> : alle var klar over at det var økt risiko ved retur, men aksepterte denne risikoen og gjorde en situasjonsbasert risikoanalyse basert på den aktuelle situasjonen Bygget så evnen til å gi seg hen til konkurranse med minimalt fokus på kneet og troen på seg selv.

Vedlegg 3: Intervjuguider

Utøver som ikke har returnert

INNLEDNING
<ol style="list-style-type: none">1. Kan du fortelle litt om idretten du driver med og laget ditt?2. Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har med skader fra før?3. Har du lyst til å fortelle noe om hendelsen der du skadet korsbåndet ditt? - <i>Hva husker du?</i>1. Husker noe fra den første tida etter skaden, for eksempel om det å komme tilbake til idretten?
HOVEDDEL
<p>Tema 1: Motivasjon og mestringstro</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hva gir det deg å holde på med idretten din? (<i>Hvorfor er du så glad i å drive med....?</i>)2. Hvorfor tror du at det har vært viktig for deg å komme tilbake?3. En del av de som gjennomgår en korsbåndoperasjon forteller at operasjonen og tiden etterpå kan være vanskelig, hvordan var dette for deg?4. Hvilke tanker har du nå om det å gjennomgå rehabiliteringen og klare å komme tilbake?5. Hva gleder du deg til ved å kunne spille kamper som før igjen? <p>Tema 2: Relasjoner</p> <ol style="list-style-type: none">6. Har andre personer vært viktig for deg i tiden etter skaden?7. <i>Hvem og på hvilken måte?</i>8. Hvilken betydning har treneren din hatt?9. Hvordan har det vært å ikke kunne være en del av laget ditt slik som før?10. Har korsbåndsskaden hatt innvirkning på andre deler av livet ditt eller endret din rolle? <p>Tema 3: Å returnere</p> <ol style="list-style-type: none">11. Hva tror du vil være avgjørende for at du kjenner at <i>nå</i> er du er klar for å spille kamp igjen?12. Hvilke forberedelser tenker du at er nødvendig å gjøre før du skal spille kamp igjen?13. Hvordan tror du det vil kjennes å stå på banen?14. Hvilke tanker har du om hvordan prestasjonen din vil være?15. Du følger en opptrappingsplan frem til du kan spille kamper igjen, hvordan har planen fungert?16. Du har blitt testet flere ganger underveis i rehabiliteringen. Hvilken betydning har testene hatt for deg?17. Kunne noe vært gjort annerledes fra skadetidspunktet og gjennom rehabilitering slik at det hadde vært lettere for deg å komme tilbake?
AVSLUTNING
<ol style="list-style-type: none">1. Hvis du skulle gi et råd til andre som har operert korsbåndet og ønsker å spille igjen, hva skulle det vært?2. Har du kommentarer eller tanker rundt det vi har snakket om i dag?

Ved ny skade før retur:

1. *Hvorfor tror du at du fikk en ny skade?*
2. *Hvordan har det at du har fått en ny skade etter at du returnerte til kamp hatt innvirkning på dine tanker om å returnere til idrett?*

Utøver som har returnert

INNLEDNING
<ol style="list-style-type: none">4. Kan du fortelle litt om idretten du driver med og laget ditt?5. Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har med skader fra før?6. Har du lyst til å fortelle noe om hendelsen der du skadet korsbåndet ditt?<ul style="list-style-type: none">- Hva husker du?7. Husker noe fra den første tida etter skaden, for eksempel om det å komme tilbake til idretten?
HOVEDDEL
<p>Tema 1: Motivasjon og mestringstro</p> <ol style="list-style-type: none">8. Hva gir det deg å holde på med idretten din? (<i>Hvorfor er du så glad i å drive med....?</i>)9. Hvorfor tror du at det har vært viktig for deg å komme tilbake?10. En del av de som gjennomgår en korsbåndoperasjon forteller at operasjonen og tiden etterpå kan være vanskelig, hvordan var dette for deg?11. Hvilke tanker har du nå om det å gjennomgå rehabiliteringen og klare å komme tilbake?12. Hva gledet du deg til ved å kunne spille kamper som før igjen? <p>Tema 2: Relasjoner</p> <ol style="list-style-type: none">13. Har andre personer vært viktig for deg i tiden etter skaden?<ul style="list-style-type: none">- Hvem og på hvilken måte?14. Hvilken betydning har treneren din hatt?15. Hvordan har det vært å ikke kunne være en del av laget ditt slik som før?16. Har korsbåndsskaden hatt innvirkning på andre deler av livet ditt eller endret din rolle? <p>Tema 3: Å returnere</p> <ol style="list-style-type: none">17. Hva var avgjørende for at du kjente at <i>nå</i> er var du klar for å spille kamp igjen?18. Gjorde du noen spesielle forberedelser før kampen?19. Hvordan kjentes det å være på banen igjen?20. Hvordan syntes du at prestasjonen din vil var?21. Du fulgte en opptrappingsplan frem til du kunne spille kamper igjen, hvordan har planen fungert?22. Du har blitt testet flere ganger underveis i rehabiliteringen. Hvilken betydning har testene hatt for deg?23. Kunne noe vært gjort annerledes fra skadetidspunktet og gjennom rehabilitering slik at det hadde vært lettere for deg å komme tilbake?
AVSLUTNING
<ol style="list-style-type: none">24. Hvis du skulle gi et råd til andre som har operert korsbåndet og ønsker å spille igjen hva skulle det vært?25. Har du kommentarer eller tanker rundt det vi har snakket om i dag?

Ved ny skade etter retur:

3. *Hvorfor tror du at du fikk en ny skade?*
4. *Hvordan har det at du har fått en ny skade etter at du returnerte til kamp hatt innvirkning på dine tanker om å returnere til idrett*

Vedlegg 4: Informert samtykke

Vil du delta i et intervju i forbindelse med forskningsprosjektet

”Bedre og tryggere retur til idrett etter korsbåndoperasjon”?

I forbindelse med din deltagelse i prosjektet «Bedre og tryggere retur til idrett etter korsbåndoperasjon», ønsker vi nå å invitere deg til et intervju. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet for intervjuet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Informasjonen i intervjuet vil sammenholdes med informasjon som du allerede har oppgitt i prosjektet, og danne grunnlag for et mastergradsprosjekt. Formålet med mastergradsprosjektet er å bedre forstå hvordan det oppleves å returnere til idrett etter operasjon av fremre korsbånd. Å gjennomgå en fremre korsbåndsskade, operasjon og rehabilitering er krevende. Mange ønsker å returnere til idretten sin etter korsbåndsskaden og prosjektet søker å avdekke kunnskap om hvilke erfaring og tanker utøvere gjør i forbindelse med dette. Denne kunnskapen kan gi innsikt som hjelper flere utøvere tilbake til idretten sin på en bedre måte.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Senter for idrettsskadeforskning ved Norges Idrettshøgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du er en deltager i prosjektet «Bedre og tryggere retur til idrett etter korsbåndoperasjon», og er 16 år eller eldre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i intervjuet, innebærer dette deltakelse i ett individuelt intervju med en varighet på 45-60 minutter. Intervjuet vil omhandle spørsmål om idretten du driver med, skadetidspunktet, rehabiliteringen og dine tanker knyttet til å returnere til idrett etter skaden. Intervjuene vil bli tatt opp med båndopptaker og deretter bli transkribert. Denne informasjonen vil sammenholdes med annen informasjon som du tidligere har oppgitt i prosjektet, som kjønn, alder, tid siden operasjon, idrettsgren, om du har returnert til idretten eller ikke, og svar på tidligere utfylt spørreskjema.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i intervjuet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra intervjuet. Dette vil ikke ha konsekvenser for videre oppfølging eller din deltakelse i prosjektet «Bedre og tryggere retur til idrett ved fremre korsbåndrekonstruksjon». Ønsker du å trekke deg kontakter du masterstudent Emilie Scholten Sjølie eller prosjektleder Hege Grindem. For øvrig henvises det til samtykke du allerede har signert for formål og varighet av hovedprosjektet, samt dine rettigheter.

Mulige fordeler og ulemper

Ved å delta i intervjuet vil du få mulighet til refleksjon rundt din rehabilitering og hvordan du opplever å returnere til idrett etter korsbåndoperasjonen. En ulempe er tiden som kreves for deltagelse (opp mot 60 minutter). Deltakelse er ikke forbundet med risiko eller skade, men enkelte spørsmål kan oppfattes som personlige. Du velger selv hva du ønske å svare på.

Forsikring

Du vil være dekket av pasientskadeloven under deltagelsen i prosjektet.

Oppfølgingsprosjekt

Vi ber om å få kontakte deg på nytt dersom bruk av intervjudata til andre formål blir aktuelt.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Informasjonen som registreres om deg vil kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene publiseres. Det vil eventuelt bli publisert sitat fra diskusjonene i intervjuet. Lydopptak og transkripsjon av intervjuene oppbevares på en sikker måte, separat fra personinformasjon. Kun medlemmer av prosjektgruppen vil ha tilgang til dine opplysninger. De har taushetsplikt og vil ikke dele identifiserende informasjon fra prosjektet med andre. Datamateriale vil slettes fem år etter at prosjektet avsluttes i henhold til Norges Idrettshøgskole sine retningslinjer. Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og behandlingen av personopplysninger skjer i samsvar med personvernreglementet. Prosjektleder har hovedansvaret for forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2024. Ved prosjektslutt vil personopplysninger og data oppbevares på forskningsserver på Norges Idrettshøgskole i fem år for etterkontroll. Kun prosjektgruppen vil ha tilgang til dataene. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt i tråd med gjeldende forskrifter og lover for oppbevaring av data.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av Regional Komite for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk Sør-Øst (saksnummer hos REK: 2018/1886 REK sør-øst D). På oppdrag fra Norges Idrettshøgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Emilie Scholten Sjølie, tlf 97730858, epost emilie.scholten.sjolie@hotmail.com
- Senter for idrettsskadeforskning, Norges Idrettshøgskole ved prosjektleder Hege Grindem tlf 95106154, epost hege.grindem@nih.no
- Vårt personvernombud: Karine Justad, epost karine.justad@nih.no

Vedlegg 5: REK-godkjenning



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst D	Finn Skre Fjordholm	+47 22 84 58 21	05.08.2020	23177
			Deres referanse:	

Hege Grindem

23177 Bedre og tryggere retur til idrett etter fremre korsbåndoperasjon

Forskningsansvarlig: Norges idrettshøgskole

Søker: Hege Grindem

REKs vurdering

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 15.06.2020 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst D på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Endringene innebærer:

-Nye medarbeidere:

Emilie Scholten Sjølie, masterstudent

Henrik Legernes, masterstudent

-Det skal benyttes et nytt spørreskjema etter 24 måneder (KOOS)

Det vil gjennomføres et fokusgruppeintervju med 6 til 8 deltagere for å besvare problemstilling 5

-Det vil gjennomføres enkeltintervju med 6 til 8 deltagere for å besvare ny problemstilling 8

-Revidert forskningsprotokoll i henhold til endringene

-Nye informasjonsskriv for fokusgruppeintervju og enkeltintervju

Det er lagt frem intervjuguide for fokusgruppeintervju og enkeltintervju.

Sammen med det øvrige materialet vil intervjuene benyttes i som grunnlag for to masteroppgaver. Rekrutteringen til intervjuene gjøres blant personer over 16 år som allerede deltar i studien.

REK sør-øst D

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Komiteens leder har vurdert de omsøkte endringene, og mener endringene representerer en forbedring av studien. Det fremmes ingen forskningsetiske innvendinger til endringene slik de er beskrevet i skjema for prosjektendring.

Vedtak

Godkjent

REK har gjort en forskningsetisk vurdering av endringen i prosjektet, og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger, jf. helseforskningsloven § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringssøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Med vennlig hilsen,

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Finn Skre Fjordholm
rådgiver
REK sør-øst D

Kopi til: Norges idrettshøgskole

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 6: NSD-godkjenning

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

01.09.2020, 11:27



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bedre og tryggere retur til idrett etter fremre korsbåndoperasjon

Referansenummer

220546

Registrert

18.10.2018 av Hege Grindem - hege.grindem@nih.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges idrettshøgskole / Senter for idrettsskadeforskning

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hege Grindem, hege.grindem@nih.no, tlf: 95106154

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

18.10.2018 - 31.12.2024

Status

09.07.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

09.07.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 12.06.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.07.2020. Behandlingen kan fortsette.

Endringene gjelder et er lagt til to datainnsamlinger (et fokusgruppeintervju og et en-til-en intervju) med

6-8 deltagere fra den opprinnelige kohorten (utvalg 2 og 3). Disse dataene vil resultere i to mastergradsoppgaver og det er utarbeidet nye samtykkeskjema for intervjuene da disse ikke var del av det opprinnelige samtykket. Vi har lagt til et tilleggsskjema som måler knedefunksjon (KOOS) for utvalg 1 ved 24 mnd etter operasjonen.

Vi forutsetter at REK godkjenner endringene i prosjektet. Dersom REK ber om endringer i prosjektet, må meldeskjema også oppdateres i tråd med dette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

07.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 3.1.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse, og alminnelige personopplysninger, frem til 31.12.2024. Opplysningene skal deretter lagres på forskningsserver i fem år, for etterkontroll. Vi minner om at nye prosjekter på dataene skal meldes til NSD fortløpende.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte

og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Universitetet i Lindköping, Norsk idrettsmedisinsk institutt, samt Bireteback AB er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre seg med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Pernille E. Grøndal
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)